

**Björn A. Kuchinke, Torsten Sundmacher,
Jürgen Zerth (Hrsg.)**

**Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und
ihre Wettbewerbswirkungen**

DIBOGS-Beiträge zur Gesundheits- ökonomie und Sozialpolitik

Herausgegeben von Dr. Björn A. Kuchinke,
Dr. Torsten Sundmacher und Dr. Jürgen Zerth

Technische Universität Ilmenau, Institut für
Volkswirtschaft, Fachgebiet Wirtschaftspolitik

Universität Duisburg-Essen, Campus Duisburg,
Mercator School of Management

Forschungsstelle für Sozialrecht und
Gesundheitsökonomie der Universität Bayreuth

Band 2

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und ihre Wettbewerbswirkungen

mit Beiträgen von
Bülent L. Akmaz, Stefanie Franz,
Björn A. Kuchinke, Ingmar Kumpmann,
Dirk Sauerland, Udo Schneider,
Torsten Sundmacher, Ansgar Wübker und
Jürgen Zerth

herausgegeben von Björn A. Kuchinke,
Torsten Sundmacher und Jürgen Zerth



Universitätsverlag Ilmenau
2008

Impressum

DIBOGS steht für „Duisburg-Ilmenau-Bayreuther Oberseminar zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik“.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Technische Universität Ilmenau/Universitätsbibliothek

Universitätsverlag Ilmenau

Postfach 10 05 65

98684 Ilmenau

www.tu-ilmenau.de/universitaetsverlag

Herstellung und Auslieferung

Verlagshaus Monsenstein und Vannerdat OHG

Am Hawerkamp 31

48155 Münster

www.mv-verlag.de

ISSN 1865-1046 (Druckausgabe)

ISBN 978-3-939473-34-3 (Druckausgabe)

urn:nbn:de:gbv:ilm1-2008100036

Vorwort

Der vorliegende Sammelband enthält ausgewählte Beiträge des dritten Duisburg-Ilmenau-Bayreuther Oberseminars zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik (DIBOGS). Dieser Workshop fand am 8. und 9. November 2007 in Ilmenau statt.

Die DIBOGS-Veranstaltungen, die im Herbst 2005 mit einem ersten Workshop in Bayreuth begannen, richten sich insbesondere an Doktoranden, Habilitanden und Juniorprofessoren. Intention ist es, ein breites Spektrum an gesundheitsökonomischen und gesundheitspolitischen Themen zu diskutieren und Raum für einen intensiven fachlichen Austausch von Gesundheitsökonominnen zu ermöglichen.

Mit dem zweiten Band der Reihe „DIBOGS-Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Sozialpolitik“ werden nun wieder ausgewählte Beiträge einer breiteren Öffentlichkeit vorgestellt. Die Publikation soll eine Informationsquelle für die (fach-)politische Öffentlichkeit sein – aus diesem Grund fallen die abgedruckten Referate und Koreferat relativ knapp aus, enthalten aber aus Sicht der Herausgeber dennoch alle wesentlichen entscheidungsrelevanten Informationen. Insbesondere werden Fragestellung, Ergebnisse und wirtschaftspolitische Implikationen hervorgehoben. Die Beiträge sollen damit tiefer gehenden fachwissenschaftlichen Veröffentlichungen an anderer Stelle nicht ersetzen, sondern vielmehr auf diese „Appetit machen“ und inhaltlich Hilfestellung für weitere, umsetzungsbezogene Aufgaben geben.

Die Referate des zweiten Bandes verknüpfen aktuelle Ergebnisse empirischer Gesundheitsforschung und modelltheoretische Überlegungen zu relevanten gesundheitsökonomischen Fragestellungen. Im ersten Beitrag von Bülent Akmaz wird der Frage nachgegangen, ob Drug-Eluting-Stents aus Sicht der GKV kosteneffektiv sind. Damit widmet sich der Autor der immer wiederkehrenden Frage nach der Bewertung und Berücksichtigung von Innovationen

in der GKV. Im zweiten Referat von Stefanie Franz wird der Bereich der Integrierten Versorgung analysiert und die Erfolgspotenziale herausgearbeitet. Ebenfalls aktuellen Bezug hat der darauf folgende Beitrag von Björn A. Kuchinke, Dirk Sauerland und Ansgar Wübker. Die Autoren stellen die Ergebnisse einer Studie zum Zugang zu stationären Gesundheitsdienstleistungen in Deutschland vor. Dabei wird insbesondere untersucht, ob unterschiedliche Wartezeiten von privat und gesetzlich versicherten Patienten festzustellen sind. Der vierte Beitrag von Udo Schneider und Jürgen Zerth greift das Thema Primärprävention in einem Managed-Care-Umfeld aus theoretischer und empirischer Perspektive auf. Auch dieses Thema wird zurzeit in Deutschland stark thematisiert und diskutiert. Der letzte Beitrag von Torsten Sundmacher widmet sich einem grundsätzlichen Thema. Der Autor diskutiert vor dem Hintergrund der Rawlsschen Theorie die Rationierung und Zuteilung von Gesundheitsdienstleistungen.

Die Herausgeber möchten es an dieser Stelle nicht versäumen, sich bei Frau Andrea Böhm für die redaktionelle und lektoratsmäßige Betreuung des Werks zu bedanken. Die Autoren danken außerdem Herrn Dr. Johannes Wilken von der Universitätsbibliothek der Technischen Universität Ilmenau für die unkomplizierte und kooperative Zusammenarbeit bei der Umsetzung des Bandes.

Ilmenau, Duisburg, Bayreuth im Mai 2008

Björn A. Kuchinke
Torsten Sundmacher
Jürgen Zerth

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort.....	5
Inhaltsverzeichnis.....	7
Sind Drug-Eluting-Stents aus Sicht der GKV kosteneffektiv?	
<i>Bülent L. Akmaz</i>	9
Koreferat zum Beitrag von Bülent L. Akmaz	
<i>Torsten Steinrücken</i>	23
Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung im Gesundheitswesen -	
Eine empirische Analyse	
<i>Stefanie Franz</i>	27
Koreferat zum Beitrag von Stefanie Franz	
<i>Jürgen Zerth</i>	41
Bestimmungsgründe von Wartezeiten auf einen stationären	
Behandlungstermin: Ergebnisse einer aktuellen Umfrage	
<i>Björn A. Kuchinke, Dirk Sauerland, Ansgar Wübker</i>	49
Koreferat zum Beitrag von Björn A. Kuchinke, Dirk Sauerland und	
Ansgar Wübker	
<i>Ingmar Kumpmann</i>	69
Versicherung und Primärprävention: Grundsätzliche Ansatzpunkte	
und empirische Aspekte	
<i>Udo Schneider, Jürgen Zerth</i>	75
Koreferat zum Beitrag von Udo Schneider und Jürgen Zerth	
<i>Sebastian Jaenichen</i>	89
Replik zum Koreferat von Sebastian Jaenichen	
<i>Udo Schneider, Jürgen Zerth</i>	95

Wieviel Gesundheitsleistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sollen es denn sein? Möglichkeiten einer rationalen Rationierung von Gesundheitsleistungen durch das Rawlssche Gesundheitsgüterkonzept <i>Torsten Sundmacher</i>	97
Koreferat zum Beitrag von Torsten Sundmacher <i>Nadine Wiese</i>	113
Autorenverzeichnis	119

Sind Drug-Eluting-Stents aus Sicht der GKV kosteneffektiv?

Bülent L. Akmaz*

	Seite
<i>Abstract</i>	10
1. <i>Grundlagen</i>	10
2. <i>Empirische Relevanz</i>	12
3. <i>Gesundheitsökonomische Analyse</i>	16
4. <i>Ergebnisse</i>	18
5. <i>Schlussfolgerungen</i>	20
<i>Literaturverzeichnis</i>	21

* Der Autor bedankt sich für hilfreiche Anmerkungen bei Dastyn Krause (HSU Hamburg) und Prof. Dr. Dirk Meyer (HSU Hamburg) sowie für wertvolle Informationen bei Doreen McBride (Charité Berlin). Für inhaltliche und methodische Fehler ist allein der Autor verantwortlich.

Abstract

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht vor der Herausforderung, ihren Versicherten den medizintechnologischen Fortschritt unter den Rahmenbedingungen stagnierender Beitragseinnahmen auch zukünftig zu gewährleisten. Gesundheitsökonomische Evaluationsstudien versprechen aus Sicht der deutschen GKV bei Ressourcenentscheidungen über kostenintensive, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) eine höhere Wirtschaftlichkeit. Am Fallbeispiel von Drug-Eluting-Stents, die zurzeit vor dem langfristigen Einschluss in den GKV-Katalog stehen, werden anhand der besten verfügbaren Evidenz aus medizinischen Evaluationsstudien eigene Kosteneffektivitätsberechnungen vorgenommen. Das wesentliche Ergebnis lässt sich wie folgt zusammenfassen: Drug-Eluting-Stents sind aus medizinischer Sicht ein Fortschritt, wobei sie unter den Rahmenbedingungen des deutschen GKV-Systems und der Kostenträgersicht der Kassen immer kostensteigernd wirken. Die Ursache liegt in der hohen Preisdifferenz zwischen alter und neuer Stenttechnologie.

1. Grundlagen

Drug-Eluting-Stents kommen bei Patienten mit koronaren Herzkrankheiten (KHK) zum Einsatz, die nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die „Zivilisationskrankheit Nr. 1“ in Industrieländern sind. Die Zahl der geschätzten koronaren Herzerkrankungen mit Todesfolge lag nach Bruckenberg (2006) im Jahre 2004 bei 8,5 Millionen Patienten weltweit, wobei Europa daran einen Anteil von ca. 2 Millionen hatte. In Deutschland sind KHK mit 152.510 Toten an der Spitze der Sterblichkeitsursachen im Jahr 2005. Hauptursache für die hohe Todeszahl ist in der Verengung der Herzkranzgefäße (Stenose) durch körpereigene Gewebeablagerungen zu sehen, die dazu führt, dass bestimmte Bereiche des Herzens nicht mehr mit Sauerstoff und/oder Blut versorgt werden. Die Behandlung von KHK-Patienten ist mit zahlreichen Primär- und

Folgeeingriffen verbunden, die im Gesundheitssystem Deutschlands 2004 einen Wert von 6,2 Mrd. € erreicht haben.¹

In Deutschland ist aufgrund rechtlicher Vorgaben des Sozialgesetzbuches (SGB) V jede Krankenkasse der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verpflichtet, die Behandlungskosten aller Sozialversicherten ohne Zuzahlungen zu finanzieren, solange sie medizinisch notwendig, wirtschaftlich und angemessen erscheinen.² Zurzeit steht eine Reihe von Behandlungsmöglichkeiten für GKV-Versicherte zur Verfügung, wenn eine medikamentöse Behandlung nicht ausreicht, wie beispielsweise eine Stentangioplastie. Ein Stent ist ein Implantat, das in die Gefäßarterie des Patienten im Rahmen einer perkutanen transluminalen coronaren Angioplastie (PTCA) ambulant oder stationär von Kardiologen eingesetzt wird, um die Stenose des Herzkranzgefäßes mithilfe eines Edelstahlröhrchens vorzubeugen. Stentangioplastien haben die Anzahl der medizinisch riskanteren Bypass-Operationen erheblich gesenkt. Jedoch konnte bisher die so genannte Restenose-Rate, d. h. die Rate der wiederholten Gefäßverengung (Revaskularisation) nach einer Stentangioplastie, nicht unter 30 bis 40 % gesenkt werden.³ In der Regel tritt in den ersten sechs Monaten nach dem Eingriff eine erneute Wiederverengung der Gefäße auf, die eine erneute Aufdehnung des Herzgefäßes durch eine PTCA notwendig macht.⁴ Medikamentenbeschichtete Stents, so genannte Drug-Eluting-Stents (DES), haben seit Anfang der 90er Jahre die Stentangioplastie bei KHK weiter vorangetrieben, weil durch die langsame und dosierte Abgabe eines Medikamentes die Wiederverengung des Herzkranzgefäßes bei KHK-Patienten gezielt vorgebeugt wird.

Im Vergleich zu der bisherigen medikamentenfreien Stenttechnologie sind die Preise für Drug-Eluting-Stents jedoch doppelt bis dreifach so hoch, so dass

¹ Siehe Daten in *Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (GBE) für das Jahr 2004.

² Siehe den prinzipiellen Grundsatz § 12 SGB V.

³ Vgl. *Moses et al.* (2003), S. 1315 ff.

⁴ Vgl. *Moses et al.* (2003), S. 1315 ff.

die Behandlungskosten von KHK erheblich zu steigen drohen. Wenn man die internationale Nachfrage nach Drug-Eluting-Stents in den letzten Jahrzehnten näher betrachtet, erkennt man die gesundheitspolitische Bedeutung dieser neuen Stenttechnologie auf das GKV-System. Nach Berechnungen für das US-amerikanische Gesundheitssystem würde bei vollständiger Umstellung der Stentangioplastie von konventionellen Stents auf Drug-Eluting-Stents ein Sachkostenanstieg pro KHK-Patient von ca. 2.059 € und weltweit (außerhalb der USA) von ca. 1.470 € zur Folge haben.⁵ Aus Sicht der GKV und der gesundheitspolitischen Entscheidungsträger, die durch das SGB V dazu verpflichtet sind, dem medizintechnischen Fortschritt zu folgen, sind zusätzlich anfallende Sachkosten jedoch nur dann ökonomisch von Interesse, wenn durch den Wechsel von der konventionellen Stenttechnologie auf Drug-Eluting-Stents langfristige Kostenersparnisse erzielt werden können, z. B. durch eine niedrigere Rate an Folge- und Nachbehandlungen.

Zu dieser Fragestellung wird innerhalb dieses Beitrages anhand hochwertiger, medizinischer Evaluationsstudien zunächst herausgearbeitet, wie hoch der Nettonutzen dieser innovativen Stenttechnologie im Vergleich zu den bisherigen Stents ausfällt. Anhand dieser Daten werden anschließend eigene Kosteneffektivitäts- und Sensitivitätsanalysen zu Drug-Eluting-Stents durchgeführt. Ziel ist Drug-Eluting-Stents bezüglich ihrer Wirtschaftlichkeit innerhalb unterschiedlicher Szenarien aus Sicht der Kostenträger des GKV-Systems zu bewerten.

2. Empirische Relevanz

Die medizinische Effektivität von Drug-Eluting-Stents wird seit Jahren in der internationalen Evaluationsforschung kontrovers diskutiert. Konsens ist, dass vor allem Patienten aus Hochrisikogruppen von Drug-Eluting-Stents erheblich stärker von dieser neuen Stenttechnologie profitieren, als wenn sie

⁵ Siehe *Greenberg et al.* (2004), *Lemos et al.* (2003).

mit herkömmlichen Stents behandelt werden.⁶ So empfehlen medizinische Fachgesellschaften, wie die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC), den systematischen Einsatz von Drug-Eluting-Stents in der Versorgung von Patienten mit KHK.⁷ Tabelle 1 gibt einen Überblick über eine Auswahl an hochwertigen Evaluationsstudien, die sowohl eine medizinische als auch eine gesundheitsökonomische Auswertung vornehmen. Alle diese Studien haben gemeinsam, dass sie immer den Drug-Eluting-Stent mit dem Wirkstoff Sirolimus mit dem unbeschichteten Edelstahlstent des gleichen Herstellers verglichen. Dieses Drug-Eluting-Stent-Produkt ist im Vergleich zu Produkten von Wettbewerbern am häufigsten und hochwertigsten evaluiert worden.⁸ Für die medizinische Bewertung der Effektivität sind vor allem empirische Publikationen näher betrachtet worden, die den höchsten Standards Evidenzbasierter Medizin (EbM) entsprechen, d. h. entweder randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) oder quasi-experimentelle Versorgungsstudien.

Tabelle 1: Empirische Studien bezüglich Wirksamkeit und Kosteneffektivität

	Sirius-Studie	HTA-Bericht	Basket-Studie	Gershwin-Studie
Typ	RCT	RCT-Review	RCT	Versorgungsforschungsstudie
Zeitraum	12 Monate	12 Monate	6, 18 Monate	6, 12, 18 Monate
System	USA	International	Schweiz	Deutschland

Quelle: *Eigene Recherchen.*

⁶ Vgl. *Moses et al.* (2003), S. 1315 ff.

⁷ Siehe *Silber* (2007), *Mudra et al.* (2004).

⁸ Vgl. *Silber* (2007), S. 1, 2, *Mudra et al.* (2004), S. 416 ff.

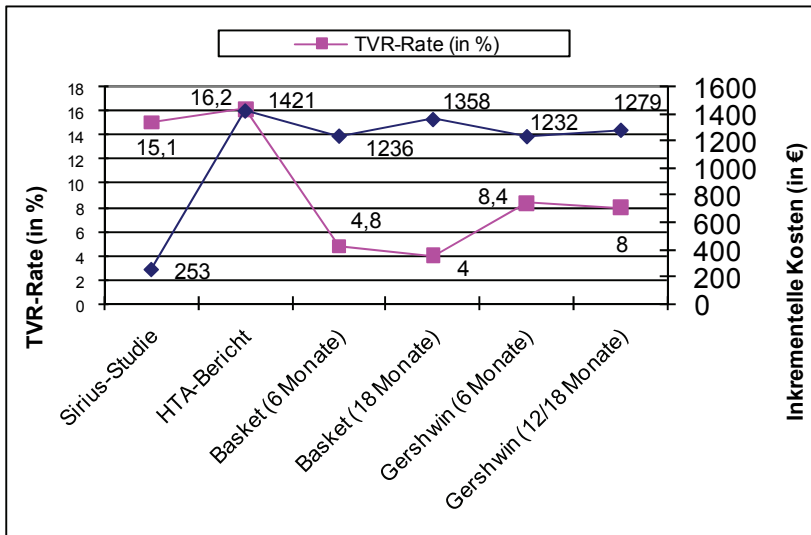
Die Sirius- und Basket-Studie sind groß angelegte Evaluationsstudien aus den USA und der Schweiz, deren medizinische Ergebnisse aufgrund der Qualität des Evaluationssettings und der Repräsentativität ohne weiteres auf Deutschland übertragen sind. Die Preis- und Kostendaten in den gesundheitsökonomischen Auswertungen hingegen sind nicht auf Deutschland übertragbar.⁹ Der Health Technology Assessment (HTA)-Bericht ist eine umfassende Literaturübersicht über den aktuellen Stand der Evaluationsforschung Drug-Eluting-Stents.¹⁰ Die Autoren verwenden die validen Evaluationsergebnisse für eigene gesundheitsökonomische Modellierungen zur Kosteneffektivität von Drug-Eluting-Stents gegenüber konventionellen Stents unter den Rahmenbedingungen des GKV-Systems. Die Gershwin-Studie ist schließlich die größte und einzige, evaluierte Studie zu Drug-Eluting-Stents aus Deutschland. Sie ist aus der Zusammenarbeit der Charite Berlin und der Techniker Krankenkasse (TK) im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 63 SGB V entstanden und als deutschlandweite Versorgungsforschungsstudie mit Evaluierungszeitpunkten nach 6, 12 und 18 Monaten so konzipiert, dass längerfristige Folgebehandlungen mit berücksichtigt werden können.¹¹ Die Gershwin-Studie ist als Versorgungsforschungsstudie multizentrisch kontrolliert und gibt die unmittelbare GKV-Versorgungspraxis wieder, jedoch ist sie nicht randomisiert.

⁹ Siehe *Cohen et al.* (2004), *Pfisterer et al.* (2005, 2007).

¹⁰ Siehe *Gorenoi et al.* (2005).

¹¹ Siehe *Willich et al.* (2005, 2007a, 2007b).

Abbildung 1: Effektivität von Drug-Eluting-Stents (2004 – 2005)



Quelle: *Eigene Auswertungen.*

Abbildung 1 gibt die medizinische Wirksamkeit sowie die gesundheitsökonomische Effektivität von Drug-Eluting-Stents gegenüber unbeschichteten Stents des gleichen Typs aus den näher untersuchten fünf Evaluationsstudien wieder. Die medizinische Wirksamkeit von Drug-Eluting-Stents wird anhand des Zielindikators TVR-Rate (engl. = Target Vessel Revascularisation-Rate, in %) ausgewiesen, die die Rate einer erneuten PTCA unter den Patienten misst. Wie anhand der TVR-Rate zu erkennen ist, ist die neue Stenttechnologie über alle Studien hinweg medizinisch effektiver als die konventionelle Stenttechnologie. Die genaue Höhe der medizinischen Wirksamkeit divergiert jedoch in erheblichem Maße unter den Studien. Die DGK setzt in einer aktuellen Bewertung der Evidenz für den Sirolimus freisetzenden Drug-Eluting-Stent einen Effektivitätsvorteil von

durchschnittlich 15,4 % an.¹² Zudem ist neben der medizinischen Wirksamkeit auch die gesundheitsökonomische Effektivität von Drug-Eluting-Stents gegenüber unbeschichteten Stents des gleichen Typs ausgewiesen. Die inkrementellen Kosten spiegeln den jeweiligen Nettokostenanstieg in Euro (€) in den jeweiligen Gesundheitssystemen wieder, wobei immer die Perspektive der Kostenträger wiedergegeben wird, d. h. es werden nur die tatsächlich anfallenden Kosten aus Sicht der Krankenkassen des jeweiligen Landes berücksichtigt, beispielsweise für Deutschland des GKV-Systems in der Gershwin- oder HTA-Studie. Indirekte Kosten, wie Produktivitätsgewinne durch schnellere Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt, werden explizit nicht einbezogen. Die ökonomische Bewertung fällt vergleichbar zur medizinischen Bewertung eindeutig aus: Drug-Eluting-Stents führen aufgrund ihrer höheren Einkaufspreise insgesamt zu höheren Gesamtbehandlungskosten bei Patienten mit KHK im Vergleich zur Standardtherapie mit konventionellen Stents. Die anfänglichen Behandlungskosten (Ersteingriff) pro Patient einer Angioplastie mit Drug-Eluting-Stents liegen in allen gesundheitsökonomischen Studien über den Initialkosten der Vergleichsgruppe ohne Medikamentenbeschichtung. Durch die höhere medizinische Effektivität der DES ist die Rate an Zweit- und Folgeeingriffen im weiteren Behandlungsverlauf (Follow-Up-Costs) zwar signifikant niedriger, so dass die weiteren Behandlungskosten im Vergleich zur herkömmlichen Stentangioplastie niedriger ausfallen. Jedoch wird in der Gesamtkostenbetrachtung weder eine Kostenersparnis noch eine Kostenneutralität erzielt.

3. Gesundheitsökonomische Analyse

Aus Sicht der Kostenträger kommt bei der Einführung und Diffusion von Drug-Eluting-Stents im GKV-System der Kosteneffektivitätsanalyse somit eine entscheidende Bedeutung zu. In Kosteneffektivitätsanalysen wird dem

¹² Vgl. *Silber* (2007), S. 2.

medizinischen Nutzen der Kostenanstieg jeder evaluierten Maßnahme gegenübergestellt, so dass Wirtschaftlichkeitsüberlegungen möglich werden. Als Kosteneffektivitätsindikatoren innerhalb dieser Untersuchung dienen außer den inkrementellen Kosten (IK) pro Patient, wie sie in Abbildung 1 aufgeführt worden sind, vor allem das inkrementelle Kosteneffektivitätsratio (IKER) pro vermiedene Revaskularisation sowie der (potentielle) Break-Even-Preis für Drug-Eluting-Stents bei Kostenneutralität mit einem konventionellem Edelmetallstent. Für die Analyse der Kosteneffektivität von Drug-Eluting-Stents im Vergleich zu unbeschichteten Stents unter den Rahmenbedingungen des gegenwärtigen GKV-Systems spielen die Annahmen bezüglich der Vergütung bzw. Kostenerstattung von Stentangioplastien eine entscheidende Rolle, weil im stationären und im ambulanten GKV-Sektor die Vergütung unterschiedlich erfolgt. Kosteneffektivitätsanalysen, die für das GKV-System Aussagen treffen wollen, müssen daher für den stationären und ambulanten Sektor getrennt untersucht und bewertet werden. Im Rahmen dieser Untersuchung wird für eine Stentangioplastie unter Einsatz eines klassischen Edelstahlstents für den ambulanten Sektor 2300 € sowie den stationären Sektor 2.900 € angenommen.¹³

Im Rahmen einer Sensitivitätsanalyse wird darüber hinaus von der Möglichkeit, Gebrauch gemacht, zu jedem exogenen medizinischen oder ökonomischen Modellparameter eine Faktorvariation durchzuführen, um unterschiedliche Rahmenbedingungen bei der gesundheitsökonomischen Evaluation der beiden Stenttechnologien abbilden zu können. So werden die Marktpreise der alten und neuen Stenttechnologie, der Stentverbrauch sowie die primäre, medizinische Zielindikatoren (TVR-Rate) variiert. Beispielsweise wird der Stentverbrauch der Schweiz (1,9) pro Stentangioplastie auf Deutschland (1,3) übertragen oder der medizinische Primäreffektivitätsvorteil

¹³ Ausgehend vom Basisjahr 2004 unter folgenden Annahmen: 1. Ambulanter Sektor (EBM Punktwert 0.051 €, Arztvergütung 1218 €, Sachkostenpauschale 1058 €). 2. Stationärer Sektor (DRG-Pauschale Code.Nr. F 57 Z, Baserate: 3100, Mittlere Grenzverweildauer: 5 Tage).

(TVR-Rate = 15,4 %) eines Drug-Eluting-Stents im Vergleich zum konventionellen Stent in seiner Höhe ($8\% < 15,4\% < 30,0\%$) variiert. Wenn man zudem bedenkt, dass sich die GKV-Kostenerstattung im ambulanten wie auch im stationären Sektor aufgrund gesundheitspolitischer Vorgaben in den letzten drei bis vier Jahren kaum geändert hat, verleiht den Ergebnissen der Kosteneffektivitätsanalyse, wie sie im folgenden Abschnitt 4 dargestellt sind, einen hohen aktuellen Stellenwert.

4. Ergebnisse

Der Kostenanstieg durch die komplette Umstellung der Versorgung von Patienten mit KHK von konventionellen Stents auf Drug-Eluting-Stents würde nach eigenen Schätzungen zu einem Sachkostenanstieg in der GKV von mehr als 190 Mio. € führen. Drug-Eluting-Stents medizinisch auf Hochrisikogruppen zu rationieren, die ca. ein Drittel der Patienten ausmachen, würde den Sachkostenanstieg um ca. 60 % eindämmen. Die Berechnungen zur Kosteneffektivität von Drug-Eluting-Stents anhand der besten verfügbaren Evidenz aus medizinischen Evaluationsstudien verdeutlichen die genaueren Ursachen.

Tabelle 2: Kosteneffektivitätsanalyse von Drug-Eluting-Stents im GKV-System

Indikatoren	Stationärer GKV-Sektor	Ambulanter GKV-Sektor
(1) Inkrementelle Kosten (in €)	998	1.021
(2) IKER pro vermiedene Revaskularisation (in €)	6.479	6.623
(3) Break-Even-Preis bei Kostenneutralität (in €)	776	688

Quelle: *Eigene Berechnungen für den Zeitraum 2004-2005.*

Zu (1): Der Kostenanstieg durch Drug-Eluting-Stents fällt für den stationären und ambulanten GKV-Sektor in Deutschland nahezu gleich aus. In dem HTA-Bericht von Gorennoi et al. (2005) werden für die GKV im Jahr 2004 inkrementelle Kosten pro Patient von 1.420 €, in der Versorgungsforschungsstudie von Willich et al. (2005) 1.232 € ausgewiesen. Wenn man bedenkt, dass die GKV-Kostendaten hauptsächlich aus dem Jahr 2004 stammen, sind inkrementelle Kosten von ca. 1.000 € bei fallenden Marktpreisen bei Stents durchaus plausibel. Bemerkenswert ist, dass die inkrementellen Kosten einer DES-Behandlung pro Patient im ambulanten im Vergleich zum stationären Sektor nahezu gleich ausfallen, obwohl eine Stentangioplastie im ambulanten Sektor um 20 % kostengünstiger ist als im stationären Sektor. Dies liegt zum einen daran, dass in der Kosteneffektivitätsanalyse nicht der Kostendifferenz zwischen den GKV-Versorgungssektoren eine dominierende Rolle in den Berechnungen zukommt, sondern vor allem die Preisdifferenz zwischen Drug-Eluting-Stents und Edelmetallstents den Kostenanstieg verantwortet. Die Kostenersparnis durch den Einsatz von Drug-Eluting-Stents in Form der Senkung der Folgebehandlungen fällt im Vergleich zur Kostensteigerung durch die Preisdifferenz weitaus niedriger aus. Innerhalb der Sensitivitätsanalyse erkennt man zusätzlich, dass bei steigender Preisspanne zwischen Drug-Eluting-Stents und Edelstahlstents, bei fallender medizinischer Wirksamkeit ($8\% < 15,4\% < 30,0\%$) sowie einem erhöhten Stentverbrauch ($1,9 > 1,3$) sektorübergreifend die inkrementellen Kosten pro Patient ansteigen.

Zu (2): Die IKER pro vermiedene Revaskularisation (TVR-Rate) beträgt im stationären Sektor 6.479 € und 6.623 € im ambulanten Sektor. Das heißt, für jede Senkung des medizinischen Zielindikators um 1 % mithilfe von Drug-Eluting-Stents muss ein monetärer Ressourcenverbrauch in der GKV von ca. 6.500 € in Kauf genommen werden. Wenn man bedenkt, dass bei der Sirius-Studie ein IKER-Wert für das US-amerikanische Gesundheitssystem von ca.

8.200 € und bei der HTA-Studie für das deutsche GKV-System ein IKER-Wert von 8.880 € ermittelt worden ist, fällt der berechnete IKER-Wert relativ niedrig aus. Maßgeblicher Faktor für die Höhe des ermittelten IKER-Wertes ist die angenommene Höhe des medizinischen Nettonutzens von Drug-Eluting-Stents gegenüber konventionellen Stents: Je höher der medizinische Zielwert durch Drug-Eluting-Stents erreicht wird, desto niedriger ist der IKER-Wert. Die wesentliche Aussage, die der IKER-Indikator liefert, ist die, dass Drug-Eluting-Stents um einiges besser, aber gleichzeitig um vieles teurer sind als die unbeschichteten Stents.

Zu (3): Der aus Sicht der GKV kostenneutrale Drug-Eluting-Stent-Preis für Patienten mit KHK innerhalb eines Beobachtungszeitraumes von 12 Monaten beträgt für den stationären Sektor 776 € und den ambulanten Sektor 688 €. Der Marktpreis, der für die Jahre 2006 und 2007 für Drug-Eluting-Stents in Deutschland unterstellt wird, liegt jedoch bei ca. 1200 €. Das bedeutet, dass nur über eine Preissenkung des Herstellers um mehr als 30 % eine Kostenneutralität zwischen alter und neuer Stenttechnologie aus Sicht der GKV hergestellt werden könnte. Drug-Eluting-Stents wirken aus Sicht der Kostenträger in der GKV vor allem aufgrund der hohen Unternehmenspreise ausgabensteigernd.

5. Schlussfolgerungen

Aus Sicht der GKV ist eine innovative Versorgung mit Drug-Eluting-Stents gegenüber der bisherigen Versorgung mit unbeschichteten Stents zurzeit weder kostenneutral noch kosteneffektiv. Der positive medizinische Effekt von Drug-Eluting-Stents im Vergleich zu konventionellen Stents geht aus den Evaluationsstudien eindeutig hervor. Gleichzeitig steigen in der GKV die Sachkosten aufgrund der hohen Preisspanne zwischen alter und neuer Stenttechnologie. Eine Kostenersparnis aufgrund der höheren medizinischen Wirksamkeit von Drug-Eluting-Stents ist aus der Mehrzahl der Evaluationsstudien zwar signifikant zu beobachten, jedoch kompensieren sie

nicht die hohen Initialkosten bzw. Marktpreise von Drug-Eluting-Stents gegenüber herkömmlichen Stents. Erst bei Marktpreisen von 800 € für Drug-Eluting-Stents ist eine kostenneutrale Behandlung der Patienten mit KHK unter den Rahmenbedingungen der GKV möglich. Eine Selbstbeteiligung von GKV-Patienten oder eine medizinische Rationierung auf Hochrisikopatienten sind ein Weg, wie ein weiterer Finanzierungsdruck auf die GKV vermieden werden kann.

Literaturverzeichnis

- Bruckenberg, E.* (2006), Herzbericht 2005, Auszug aus dem 18. Herzbericht 2005, Hannover.
- Cohen, D., Bakhai, A., Shi, C., Githiora, L., Lavelle, T., Berezin, R., Leon, M., Moses, J., Carozza, J., Zidar, J., Kuntz, R.* (2004), Cost-effectiveness of sirolimus-eluting-stents for treatment of complex coronary stenosis: results from the Sirolimus-Eluting Balloon Expandable Stent in the Treatment of Patients With de Novo Native Coronary Artery Lesions (Sirius) trial, in: *Circulation*, Vol. 110, 5, S. 508- 514.
- Gorenoi, V., Dintsios C., Hagen, A.* (2005), Senkung der Restenoserate durch Einsatz beschichteter Stents bei koronarer Herzkrankheit, in: Rüther, A., Warda F. (Hrsg.): Deutsche Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA) des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), HTA-Bericht 126, Köln.
- Greenberg, D., Bakhai, A., Cohen, D.* (2004), Can we afford to eliminate Restenosis?, in: *Journal of American College of Cardiology*, 43, S. 513-518.
- Lemos, P., Serruys, P., Sousa, E.* (2003), Drug-Eluting-Stents. Cost versus Clinical Benefit, in: *Circulation*, 107, S. 3003-3017.
- Moses, J., Leon, M., Popma, J., Fitzgerald, P., Holmes, D., O'Shaughneys, C.* (2003), Sirolimus-eluting stents versus standard stents in patients with stenosis in a native coronary artery, in: *New England Journal of Medicine*, 349, 14, S. 1315-1323.

- Mudra, H., Bode, C., Grube, E., de Haan, F., Levenson, B., Schuler, G., Silber, S.* (2004), Positionspapier zum Einsatz von Medikamenten freisetzenden Stents bei Patienten mit koronarer Herzerkrankung, Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK), in: Zeitschrift für Kardiologie, 93, S. 416-422.
- Pfisterer, M., Kaiser, C., Brunner, H., Buser, P., Bonetti, P., Oswald, S., Linka, A., Bernheim, A., Zutter, A., Zellweger, M., Grize, L.* (2005), Incremental cost-effectiveness of drug-eluting-stents compared with a third-generation bare-metal stent in a real world setting: a randomised Basel Stent Kosten Effektivitäts Trial (Basket), in: Lancet, 366, S. 921-929.
- Pfisterer, M., Kaiser, C., Brunner-La Rocca, H., Buser, P., Jeger, R., Osswald, S., Bernheim, A., Zellweger, M.* (2007), Cost-effectiveness of drug-eluting-stents in patients at high or low risk of major cardiac in the Basel Stent Kosten Effektivitäts Trial (Basket): an 18-month analysis, in: Lancet, 370, S. 1552-1559.
- Silber, S.* (2007), Wirksamkeit und Sicherheit von Medikamentenfreisetzenden Koronarstents, Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK), Presstext DGK 04/2007, Düsseldorf.
- Willich, S., Brügggenjürgen, B., McBride, D., Hecke, T., Straub, C., Kuck, K.* (2005), Medikament-freisetzende Stents versus konventionelle Stents: Gershwin-Studie (German stent health outcome and economics within normal practice) zur Vermeidung von Koronar-Restenosen, in: Deutsches Ärzteblatt, 102, 46, S. 3180-3185.
- Willich, S.* (2007a), Präsentation der 18-Monats-Zwischenergebnisse der Gershwin-Studie, 73. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie im April 2007, Mannheim.
- Willich, S., Brügggenjürgen, B., McBride, D., Hecke, T., Benkenstein, J., Kuck, K.* (2007b), Sirolimus-freisetzende versus konventionelle Stents zur Vermeidung von Koronar-Restenosen, Präsentation auf dem Kongress Medizin und Gesellschaft im September 2007, Augsburg.

**Koreferat zum Beitrag von Bülent L. Akmaz
„Sind Drug-Eluting-Stents aus Sicht der GKV
kosteneffektiv?“**

Torsten Steinrücken

	Seite
1. <i>Einleitung und Problemstellung</i>	24
2. <i>Grundlagen und Ergebnisse der Analyse</i>	24
3. <i>Anregungen für die weitere Forschung</i>	25
4. <i>Resümee</i>	26
<i>Literaturverzeichnis</i>	26

1. Einleitung und Problemstellung

Für einen Koreferenten ist es natürlich erfreulich, wenn er von der Wirkungsweise von Drug-Eluting-Stents aus einem wissenschaftlichen Papier und nicht von seinem Arzt erfährt. Neben dem Umstand, von einer Behandlungsmethode zu erfahren, die man selber nie brauchen möchte, zeigt der Beitrag sehr schön das grundsätzliche Dilemma der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beim Umgang mit neuen und teuren medizinischen Behandlungsmethoden auf. In diesem Sinne ist der Titel des Beitrages etwas zu eng gewählt, da der Beitrag neben der Beantwortung der Frage ob die „Drug-Eluting-Stents aus Sicht der GKV kosteneffektiv“ sind, sich auch der tiefer liegenden Frage nach der Sinnhaftigkeit des Einsatzes von gesundheitsökonomischen Evaluationsstudien bei der Zusammenstellung des GKV-Leistungskataloges widmet.

2. Grundlagen und Ergebnisse der Analyse

Der Autor zeigt anhand verschiedener internationaler Studien und eigenen Kosteneffektivitätsberechnungen, dass die innovative Versorgung mit Drug-Eluting-Stents gegenüber der bisherigen Versorgung mit unbeschichteten Stents im Rahmen der GKV zurzeit weder kostenneutral noch kosteneffektiv ist. Aus Sicht des einzelnen Patienten ist dies wenig erfreulich, da die innovative Behandlungsmethode eine deutlich höhere medizinische Wirksamkeit aufweist und die Anzahl von Wiederholungsbehandlungen vermindert. Allerdings ist die neue Behandlungstechnologie deutlich teurer als die bislang genutzte Behandlungsmethode, was dazu führt, dass die hohen Initialkosten bzw. Marktpreise von Drug-Eluting-Stents gegenüber herkömmlichen Stents nicht durch die Kosteneinsparungen durch höhere Wirksamkeit ausgeglichen werden können.

Natürlich stellt sich dieses Problem auch bei anderen Gütern: Neue, bessere Produkte sind üblicherweise teurer als ältere. Während sich dieses Problem bei privaten Gütern über die individuelle Nutzenbewertung und

Budgetrestriktion lösen lässt und damit ein individuelles Problem darstellt, ist diese Abwägungsentscheidung im Rahmen des GKV-Systems deutlich schwerer zu lösen. Da der Versicherungsvertrag zwischen gesetzlich Versicherten und der GKV den ökonomischen Charakter eines unvollständigen Vertrages trägt und das Leistungsbündel der GKV durch den medizinischen Fortschritt ständig angepasst werden muss, sollten die Versicherten allerdings wenigstens darauf vertrauen können, dass bei der Auswahl der Leistungen der GKV sinnvolle Kriterien angelegt werden. Der Autor stellt in diesem Zusammenhang am Beispiel der Drug-Eluting-Stents sehr anschaulich dar, wie gesundheitsökonomische Evaluationsstudien bei der Fundierung solcher Entscheidungen helfen können. Er betont, dass „Gesundheitsökonomische Evaluationsstudien [...] aus Sicht der GKV [...] eine höhere Wirtschaftlichkeit.“ versprechen. Diese Aussage führt natürlich unweigerlich zur Frage, welche alternativen Bewertungsmodelle bislang genutzt wurden, denen die gesundheitsökonomischen Evaluationsstudien überlegen sind. Eine Gegenüberstellung der bisherigen Entscheidungspraxis und dem Instrument der gesundheitsökonomischen Evaluationsstudie könnte helfen, argumentativ die obige Aussage zu untermauern und würde vermutlich die Notwendigkeit von gesundheitsökonomischen Evaluationsstudien als Entscheidungshilfe noch stärker vor Augen führen.

3. Anregungen für die weitere Forschung

Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts in der Medizin, der sich in den kommenden Jahren eher noch beschleunigen wird, gewinnt das von Bülent L. Akmaz am Beispiel einer bestimmten Behandlungsmethode dargestellte Problem der effektiven Zusammensetzung des Leistungskataloges der GKV zunehmendes Gewicht. Bei der Suche nach einer Lösung könnten die konstitutionenökonomische Ansätze (z. B. Buchanan (1975), Kobold (1995), Kirsch (1997)) und die Theorie unvollständiger Verträge (z. B. Hart, Moore (1988), MacNeil (1974)) weiterhelfen. So könnte es durchaus im

Interesse von Versicherten sein, Kriterien für die von Zeit zu Zeit notwendige Anpassung des Leistungskataloges der GKV im Versicherungsvertrag festzuschreiben, um sicherzustellen, dass die effektivsten und effizientesten Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog aufgenommen werden. Aus Sicht des Koreferenten wäre es auch interessant zu erfahren, wie mit dem skizzierten Problem im Rahmen Privater Krankenversicherungssysteme umgegangen wird. Möglicherweise lassen sich aus diesem Bereich sinnvolle Herangehensweisen und Lösungsmöglichkeiten für die GKV ableiten.

4. Resümee

Der Beitrag offenbart ein grundsätzlicheres und noch nicht zufriedenstellend gelöstes Problem der GKV. Es ist daher - trotz der etwas unglücklichen Titelwahl des Beitrages - zu hoffen, dass das von Bülent L. Akmaz am Beispiel der Drug-Eluting-Stents skizzierte Problem einem größeren Leserkreis bekannt wird, da Fragen aufgeworfen werden, die einer breiteren Diskussion und einer weiteren wissenschaftlichen Analyse bedürfen.

Literaturverzeichnis

- Buchanan, J. McGill* (1975), *The Limits of Liberty - Between Anarchy and Leviathan*, Chicago und London.
- Hart, O. D., Moore, J.* (1988), *Incomplete Contracts and Renegotiation*, *Econometrica*, 56 (4), S. 755-785.
- Kirsch, G.* (1997), *Neue Politische Ökonomie*, 4. Auflage, Düsseldorf.
- Koboldt, C.* (1995), *Die Ökonomik der Versuchung: Drogenverbot und Sozialvertragstheorie*, Tübingen.
- MacNeil, I. R.* (1974), *The Many Futures of Contract*, *Southern California Law Review*, Vol. 47 (4), S. 691-819.

Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung im Gesundheitswesen - Eine empirische Analyse

Stefanie Franz

	Seite
<i>Abstract</i>	28
1. <i>Integrierte Versorgung als Analyseobjekt</i>	28
2. <i>Theoretische Grundlagen der Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung</i>	29
<i>Unternehmensinfrastruktur (Infrastruktur)</i>	31
<i>Beschaffung (Informationsbeschaffung)</i>	32
<i>Personalwirtschaft (Sozialkapital)</i>	33
<i>Technologieentwicklung (Individualisierung)</i>	34
3. <i>Empirische Analyse</i>	35
4. <i>Fazit</i>	37
<i>Literaturverzeichnis</i>	38

Abstract

Das Thema Integrierte Versorgung nimmt derzeit in der Praxis eine bedeutendere Stellung ein als in der Wissenschaft. Dies wird insbesondere durch die relativ geringe Anzahl an empirischen Untersuchungen deutlich. Die Aktualität der bisher existierenden Studien zur Integrierten Versorgung weist jedoch auf die immer stärker ansteigende Bedeutung dieses Themas in der Wissenschaft hin. Zudem zeigen die unterschiedlichen Zielsetzungen der Publikationen den facettenreichen Forschungsbedarf auf diesem Gebiet auf. Anknüpfend an den existierenden Studien stellt sich die Frage, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit die empirisch aufgezeigten positiven Effekte und Potenziale der Integrierten Versorgung gewährleistet werden können. Es existiert bisher noch keine empirische Studie, die untersucht, welche (Ausgestaltungs-) Faktoren der Integrierten Versorgung das Heben der Effizienzreserven fördern oder hemmen können. Die Möglichkeiten der Ausgestaltung sind sehr vielfältig. Detaillierte Vorgaben sind von Seiten des Gesetzgebers nur in geringem Ausmaß in §§ 140 a-d SGB V gegeben. Ziel des Papiers ist es, die Erfolgsfaktoren der Zusammenarbeit in der Integrierten Versorgung kurz vorzustellen, die einer empirischen Analyse unterzogen werden.

1. Integrierte Versorgung als Analyseobjekt

Unter Integrierter Versorgung wird eine Zusammenarbeit von mindestens zwei Leistungserbringern verstanden. Diese Zusammenarbeit ermöglicht den Leistungserbringern eine Gesundheitsversorgung für den Patienten zu erstellen, die ein einzelner Leistungserbringer ohne eine Zusammenarbeit nicht oder nur ineffizient produzieren könnte.¹ Diese Form der Kooperation ist eine auf Zeit (meist langfristig) angelegte Zusammenarbeit zwischen rechtlich und wirtschaftlich unabhängigen Leistungserbringern, wobei die wirtschaftliche

¹ Siehe Allgemein zu Zusammenarbeit/Kooperationen *Schmidtchen* (2003), S. 67 u. 70.

Unabhängigkeit im Bereich der Kooperation eingeschränkt ist.² Zu den Leistungserbringern zählen insbesondere Ärzte, Krankenhäuser, Vorsorge-, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen.

Aufgrund der unterschiedlichen Interessengruppen der Integrierten Versorgung bestehen auch unterschiedliche Ziele, die mit der Teilnahme an einer Integrierten Versorgung verfolgt werden. Zu den Interessengruppen zählen primär Krankenkassen, Patienten und Leistungserbringer.

Entsprechend der Ziele der Krankenkassen und Patienten als Nachfrager können die beiden Komponenten Kosten und Qualität der Gesundheitsversorgung als Gewinntreiber bzw. -hebel aus Sicht der Leistungserbringer gesehen werden, in denen Erfolgspotenziale begründet sind. Diese beiden Erfolgspotenziale können das Ausmaß der nachhaltigen Wettbewerbsfähigkeit determinieren, da sie die strategischen Chancen der Integrierten Versorgung, in der Zukunft Gewinne bzw. Einkommen zu erzielen, erhöhen.

Nur durch ein effizientes Zusammenspiel von Erfolgsfaktoren kann schlussendlich die Wettbewerbsfähigkeit und die damit einhergehende nachhaltige Gewinnsteigerung eines jeden Leistungserbringers erreicht werden. Sie sind schließlich die Ursache für das Realisieren von Erfolgspotenzialen.

Um wesentliche adäquate Erfolgsfaktoren für ein institutionelles Arrangement in der Integrierten Versorgung zu strukturieren, wird der Wertkettenansatz nach Porter (2000) herangezogen.

2. Theoretische Grundlagen der Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung

Porter (2000) gliedert die strategisch relevanten Aktivitäten eines Unternehmens in der Reihenfolge der zu erstellenden Wertschöpfung, um diese jeweils hinsichtlich möglicher Wettbewerbsvorteile zu analysieren.³ Das

² Siehe Allgemein zu Kooperationen *Theurl* (2001), S. 73.

³ Vgl. *Porter* (2000), S. 69.

Basiskonzept der Wertkette eines einzelnen Unternehmens wird auf das Analyseobjekt der Integrierten Versorgung übertragen. Dabei wird jedoch nicht die Wertkette jedes einzelnen Leistungserbringers isoliert betrachtet, sondern es gilt vielmehr, die einzelnen Wertketten der Leistungserbringer in eine übergeordnete gemeinsam zu gestaltende Wertkette zu integrieren. Die Integration externer Wertschöpfungspartner in die Leistungserstellung erfolgt und der Fokus wird auf die Aktivitäten gelegt, die wesentlicher Bestandteil der Zusammenarbeit sind. Es erfolgt jedoch keine nähere Betrachtung der Wettbewerbsvorteile gemäß dem Wertkettenansatz nach Porter (2000).

Porter unterscheidet bei den wertschöpfungsbezogenen Tätigkeiten zwischen primären und sekundären Aktivitäten. Übertragen auf die Integrierte Versorgung sind primäre Aktivitäten die Aktivitäten, die die (direkte) Versorgung des Patienten mit medizinischen Behandlungen darstellen. Sie stiften beim Kunden einen direkten Nutzen. Zu den primären Aktivitäten gehören in der Integrierten Versorgung die Aktivitäten der Prävention, Kuration und Rehabilitation der einzelnen Leistungserbringer.

Die sekundären Aktivitäten eines einzelnen Unternehmens werden nun auf sekundären Aktivitäten eines Dienstleistungsnetzwerkes der „Integrierten Versorgung“ kurz übertragen. Sekundäre Aktivitäten leisten einen Beitrag zur Koordination, Abstimmung und Optimierung der gemeinsamen Leistungen und stellen somit die Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung dar.

Die zu den einzelnen Erfolgsfaktoren getroffenen Annahmen basieren auf Theorien und Ansätzen, auf die im Folgenden nicht eingegangen wird. Der Leser soll lediglich einen Überblick über die Übertragung der sekundären Aktivitäten einer Wertkette eines Unternehmens auf die eines Integrierten Versorgungsnetzwerkes bekommen.

Zu den sekundären Aktivitäten der Wertkette eines einzelnen Unternehmens zählen nach Porter die (Unternehmens-) Infrastruktur, die

Personalwirtschaft, die Beschaffung von Inputs und die Technologieentwicklung.⁴

Unternehmensinfrastruktur (Infrastruktur)

Die Aktivitäten der Unternehmensinfrastruktur gliedern sich im Wesentlichen in Aktivitäten der Planung, Finanzierung, Qualitätskontrolle und des externen Rechnungswesens und Controllings. Das heißt es sind Aktivitäten, die die ganze Wertkette tragen und nicht nur bei einzelnen primären Aktivitäten, wie z.B. dem Einkauf oder Marketing, anfallen.⁵ Übertragen auf ein Netzwerk bedeutet dies, dass Aktivitäten notwendig werden, die die ganze Kooperation tragen und festigen.

Infolgedessen stellt sich die Frage, wie generell die Infrastruktur der Zusammenarbeit aussieht und welche Aktivitäten zum Aufbau der Infrastruktur notwendig sind. Diese Aktivitäten werden zumeist in Verträgen festgelegt. Detaillierte Vertragsgestaltungen legen somit den Grundstein der Kooperation und können positiv zur Ausgestaltung der Integrierten Versorgung beitragen. Nur durch eine detaillierte Vertragsgestaltung können die Partner die Ziele und den Inhalt der Kooperation verstehen und auch umsetzen.

Des Weiteren ist es im Zusammenhang der Infrastrukturaktivitäten notwendig festzulegen, welche Infrastrukturaktivitäten auf der Ebene der einzelnen Netzwerkpartner implementiert und welche auf Netzwerkebene stattfinden werden.⁶ Häufig wird eine sog. Managementgesellschaft in der Integrierten Versorgung beauftragt, die Aufgaben der Verwaltung und des Marketings für das Netzwerk zentral zu übernehmen, sodass die Leistungserbringer die knappe zur Verfügung stehende Zeit primär für die Behandlungsleistung als ihre Kernkompetenz einsetzen können.

⁴ Vgl. *Porter* (2000), S. 69.

⁵ Vgl. *Porter* (2000), S. 74.

⁶ Vgl. *Franz, Wipprich* (2006).

Zudem wird immer wieder in der Presse diskutiert, dass der Aufbau und der Erhalt einer Integrierten Versorgungs- bzw. Zusammenarbeitsinfrastruktur sehr viel bürokratische Arbeit von den Leistungserbringern abverlangt und die Leistungserbringer teilweise an ihre betriebswirtschaftlichen Grenzen stoßen. „Bei den Leistungserbringern selbst und bei einzelnen Krankenkassen wird offensichtlich ein Defizit an betriebswirtschaftlichem „know how“ unterstellt, dass durch derartige Dienstleister als potenzielle Vertragspartner der Krankenkassen ausgeglichen werden soll.“⁷ Auch hier kann eine Managementgesellschaft, die ihre Kernkompetenzen auf diesem Gebiet besitzt, unterstützende Arbeit leisten.

Beschaffung (Informationsbeschaffung)

Die Aktivitäten der Beschaffung umfassen die Funktion des Einkaufes der verwendeten Inputs in der Wertkette. Diese Aktivität ist jedoch nicht mit den gekauften Inputs selber zu verwechseln.⁸ Damit die Partner in einem Netzwerk gemeinsam die Gesundheitsdienstleistung erstellen können, bedarf es des Austausches von Informationen über eine Vielzahl an Details.

Zu den Informationen zählen z.B. die bereits durchgeführten Aktivitäten der Partner in der Integrierten Versorgung. Um eine kontinuierliche Erstellung des gemeinsamen Dienstleistungsproduktes zu gewährleisten, sind adäquate Rahmenbedingungen und Vereinbarungen zum Informationsaustausch zu schaffen. Die Kontinuität des Behandlungsprozesses kann die Folgekosten einer unabgestimmten Behandlung reduzieren und die Qualität der Behandlung erhöhen. Im Allgemeinen müssen hinsichtlich der Aktivitäten Informationsbeschaffung folgende Fragen geklärt werden: Wie erhalten die Partner untereinander die Informationen, z.B. über die Patientenhistorie? Welche Voraussetzungen müssen dafür geschaffen werden?

⁷ Vgl. *Niesel, Funk* (2007), Kommentar zu § 140b I SGB V (3).

⁸ Vgl. *Porter* (2000), S. 72 f.

Personalwirtschaft (Sozialkapital)

Zu den Aktivitäten der Personalwirtschaft eines Unternehmens zählt nach Porter das Recruiting, die Einstellung, die Aus- und Fortbildung und die Entlohnung des Personals.⁹ Insbesondere beziehen sich diese Aktivitäten der Personalwirtschaft eines Unternehmens auf das Humankapital. Übertragen auf Aktivitäten in einem Netzwerk muss hingegen dem Sozialkapital die notwendige Aufmerksamkeit geschenkt werden. Humankapital sind Eigenschaften und Fähigkeiten der Individuen, Sozialkapital bildet sich hingegen erst durch die Beziehungen der Individuen untereinander heraus.¹⁰ Demnach ist Sozialkapital komplementär zum Humankapital.¹¹

Insbesondere wenn einzelwirtschaftliche Ergebnisse von dem Verhalten anderer Akteure abhängen und zudem nicht durch formelle Regeln abgesichert werden können, wird Sozialkapital notwendig. Deutlich wird, dass letztlich jede Transaktion Sozialkapital enthält.¹² Verstärkt wird dieser Bedarf, wenn einer fehlenden Absicherung auf dem Markt, bei gleichzeitiger Vermeidung von Bürokratie- und Anreizkosten, ausgewichen werden soll. Die Aktivität Personalwirtschaft umfasst alle Aktivitäten in Bezug auf den Aufbau und Erhalt von Sozialkapital in einem Dienstleistungsnetzwerk und im Speziellen in der Integrierten Versorgung. Durch Sozialkapital kann sich ein schneller Informationsfluss einstellen, da Unsicherheiten und Hemmungen über den auszutauschenden Partner sinken und durch das Wissen über den Partner sich der vorher zu klärende Abstimmungsbedarf reduzieren kann. Das Sozialkapital kann durch eine verstärkte Abstimmung der Behandlungsschritte der Leistungserbringer dazu beitragen, dass z.B. Doppeluntersuchungen einer Behandlung entfallen.

⁹ Vgl. *Porter* (2000), S. 74.

¹⁰ Vgl. *Ripperger* (2003), S. 165.

¹¹ Vgl. *Riemer* (2005), S. 58.

¹² Vgl. *Theurl* (2007), S. 39.

Technologieentwicklung (Individualisierung)

Die vierte Aktivität ist die Technologieentwicklung. Fast jede Aktivität im Unternehmen bzw. im Netzwerk ist an Technologien gebunden und spielt in allen Branchen eine wichtige Rolle für die Wettbewerbsfähigkeit. Die Technologieentwicklung umfasst bei Porter die Aktivitäten, die eine Produkt- und Verfahrensverbesserung anstreben.¹³

Im Folgenden wird im Bezug auf die Integrierte Versorgung die allgemeine Möglichkeit der Produzierung des Gesundheitsdienstleistungsgutes entsprechend der individuellen Anforderungen an die Krankheit und/oder den Patienten als Neuentwicklung sowie als eine auf den Patienten bezogene Verfahrensverbesserung gesehen. Der Patient durchläuft einen Behandlungsprozess, der im Vorfeld der Behandlung nie vollständig bekannt ist, sondern explizit für ihn im Detail entwickelt wird. Das Netzwerk bündelt seine Kompetenzen und erlangt insofern die Chance, dem Patienten zum einen eine Komplettlösung aus einer Hand für sein Bedürfnis anzubieten. Zum anderen kann durch die gemeinsame Dienstleistungsproduktion ein effizienter Ausgleich zwischen Standardisierung und Individualisierung des Produktionsprozesses geschaffen werden. Die Leistungserbringer können sich auf ihren Behandlungsbereich spezialisieren und zu kompatiblen und standardisierten Modulen entwickeln. Diese sog. Module können dann patientenindividuell ausgewählt und miteinander kombiniert werden, sodass die Qualität der Behandlung ansteigen kann, ohne die Kosten der Individualisierung zu erhöhen.¹⁴ Vielmehr können die Kosten gleichzeitig durch die Maßnahmen der Standardisierung sinken. Hierbei stellen sich die Fragen: Welcher Individualisierungs- und Standardisierungsgrad ist sinnvoll und anzustreben? Welche Voraussetzungen sind zu schaffen?

Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass der Patient als externer Faktor die komplette Dienstleistungskette in einem Netzwerk durchläuft und

¹³ Vgl. *Porter* (2000), S. 73.

¹⁴ Siehe hierzu auch „Mass Customization“ in *Piller* (2006).

somit den gesamten Pfad der Wertschöpfung in der Integrierten Versorgung generell mitgestaltet. Dabei gilt es, die Frage zu beantworten, wie intensiv der Patient an der Erstellung der Leistung mitwirken will, kann und muss. Die Netzwerkpartner müssen festlegen, in welchem Ausmaß sich die Patienten wo, wann und wie (als Mitproduzent oder als Informant) an der Definition und Realisierung der Dienstleistung beteiligen sollen.¹⁵

Des Weiteren muss insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Selbstständigkeit und Eigenverantwortung der Patienten bei einigen Teilen des Dienstleistungsproduktionsprozesses festgelegt werden, inwiefern der aktive Patient die Aufgabe der Produktion übernehmen kann.¹⁶ Der Patient kann bei einigen Teilen des Produktionsprozesses nicht nur ergänzend aktiv werden, sondern vielmehr die Aktivitäten der Leistungserbringer substituieren.¹⁷ Hierzu zählt z.B. das selbstständige regelmäßige Messen des Pulses.

Die Grundlagen zur empirischen Untersuchung der Zusammenhänge werden im Folgenden geschaffen.

3. Empirische Analyse

Zur Analyse der Integrierten Versorgung im Hinblick auf die vorliegende Fragestellung wurde die schriftliche anonyme Befragung anhand eines Fragebogens als Erhebungsmethode gewählt. Die Befragung zur empirischen Datenerhebung wurde in dem Zeitraum von November 2006 bis Februar 2007 durchgeführt. Die Analyse basiert auf einer Stichprobengröße von insgesamt 110 (N= 110).

Die empirische Analyse und Interpretation der aufgestellten Strukturgleichungsmodelle auf Basis ganzheitlich angenommener Hypothesen erfolgte mittels SPSS und des Partial-Least-Squares (PLS) Ansatzes. Die Bestandteile zwischen denen die Wirkungszusammenhänge im Rahmen von

¹⁵ Vgl. *Kleinaltenkamp* (1995), S. 80.

¹⁶ Vgl. *Toffler* (1980), S. 276.

¹⁷ Vgl. *Michel* (1996), S. 21.

Hypothesen postuliert und angenommen wurden, stellen sog. Konstrukte dar. Die Eigenschaft von Konstrukten ist es, abstrakt und nicht direkt messbar zu sein.¹⁸ Daher ist es das Ziel einer Konstruktmessung, ein Messinstrument für das interessierende, nicht direkt messbare Konstrukt zu entwickeln. Es sollen Beziehungen zwischen Indikatoren¹⁹ und dem jeweiligen Konstrukt spezifiziert werden, um mittels dieser Zusammenhänge das Konstrukt messbar zu machen.

Eine einheitliche Skala zur Messung der Konstrukte im Rahmen der Integrierten Versorgung, die als Basis für die Analyse herangezogen werden könnte, existiert nach Kenntnis der Autorin bislang nicht. Demnach mussten eigene Skalen entwickelt werden. Hierfür wurden zwei Arten von Quellen herangezogen: Literaturrecherche und Experteninterviews.²⁰

Ausgewählte Ergebnisse der empirischen Analyse werden nun kurz vorgestellt.²¹

Zu einer detaillierten Vertragsgestaltung im Rahmen der Integrierten Versorgung zählen gemäß einer intensiven Literaturrecherche und Experteninterviews das Festlegen der Verantwortung und der Zuständigkeiten der Partner, die Definition der Anforderungen an einen Partner sowie eine verständliche Formulierung der Ziele und Strategien der Integrierten Versorgung.²² Die empirische Analyse mittels PLS zeigt, dass ein detaillierter Vertrag zu einer höheren Qualität und zu geringeren Kosten der Gesundheitsversorgung in der Integrierten Versorgung beitragen kann.

Darüber hinaus kann basierend auf der empirischen Untersuchung herausgestellt werden, dass erstens Leitlinien und Behandlungspfade zu integrieren sind, um den Prozess der Gesundheitsversorgung zu

¹⁸ Vgl. *Homburg, Giering* (1996), S. 6, *Backhaus et al.* (2003), S. 335.

¹⁹ *Indikatoren* lassen sich definieren als „[...] unmittelbar messbare Sachverhalte, welche das Vorliegen der gemeinten, aber nicht direkt erfassbaren Phänomene [...] anzeigen“ Vgl. *Homburg, Giering* (1996), S. 6

²⁰ Siehe hierzu auch *Theurl, Franz* (2007).

²¹ Siehe hierzu auch *Theurl, Franz* (2007).

²² Siehe hierzu auch die Skala: “Detailed contract drafting” von *Wuyts, Geyskens* (2005), S. 114.

standardisieren.²³ Zweitens sind Qualitätszirkel und Zweitmeinungen zu implementieren, um neben der Standardisierung die zu behandelnden Leistungserbringer individuell auf den Patienten zugeschnitten auszuwählen. Dabei leisten Qualitätszirkel einen größeren Beitrag zur Individualisierung als Zweitmeinungen.²⁴ Insgesamt bestätigen die empirischen Ergebnisse die Annahme, dass durch Standardisierungs- und gleichzeitig Individualisierungsmaßnahmen der Behandlung in der Integrierten Versorgung die Qualität steigt und Kosten sinken.

4. Fazit

Gebündelte Kompetenzen in der Integrierten Versorgung können die Voraussetzungen zur Behebung des Koordinationsproblems in der Integrierten Versorgung schaffen, um die Produktivitätsgewinne der Arbeitsteilung nutzen zu können. Insbesondere durch detaillierte Verträge, Sozialkapital und nicht sektoral isoliertes, sondern vielmehr patienten- und prozessbezogen ausgelegtes Arbeiten wissen die Leistungserbringer in der Integrierten Versorgung, wie sie ihren Wertschöpfungsbeitrag an der Gesundheitsversorgung mit denen ihrer Partner abzustimmen und zu koordinieren haben.

Die Ergebnisse der theoretischen und empirischen Studie sollen den Integrierten Versorgungsnetzwerken dazu dienen, ihre relative Position im Komplex der Integrierten Versorgung einzuschätzen sowie ihre Defizite und ihren Handlungsbedarf zu identifizieren, um aktiv eine Verbesserung anstreben zu können. Zusätzlich bekommen die Krankenkassen Informationen über notwendige Verbesserungen, um die Integrierten

²³ Siehe hierzu auch die Skala „Formalization“ von *Heide, Weiss* (1995), S. 41f.

²⁴ Anhand eines Gewichtungskoeffizientenvergleichs wird sichtbar, dass der Indikator „Qualitätszirkel (m_i_2)“ ($\pi = 0,772$) gegenüber dem Indikator „Zweitmeinungen (m_i_1)“ ($\pi = 0,452$) nachhaltiger zur Bildung des Konstruktes beiträgt. Vgl. *Götz, Liehr-Gobbers* (2004), S. 728.

Versorger bestmöglich zu unterstützen und zur Wettbewerbsfähigkeit auf ihrem Markt beizutragen.

Literaturverzeichnis

- Franz, S., Wipprich, M.* (2006), Optimale Arbeitsteilung in Wertschöpfungsnetzwerken, Münster.
- Götz, O., Liebr-Gobbers, K.* (2004), Analyse von Strukturgleichungsmodellen mit Hilfe der Partial-Least-Squares (PLS)-Methode, in: DBW, 64. Jg., Heft 6, S. 714-738.
- Heide, J. B., Weiss, A. M.* (1995), Vendor Consideration and Switching Behavior for Buyers in High-Technology Markets, in: Journal of Marketing, Vol. 59, S. 30-43.
- Kleinaltenkamp, M.* (1995), Customer Integration: Kundenorientierung und mehr, in: Absatzwirtschaft, 38. Jg., Heft 8, S. 77-83.
- Michel, St.* (1996), Prosuming-Marketing, Bern u. a.
- Niesel, K., Funk, W.* (2007), Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, München.
- Piller, F.* (2006), Mass Customization: Ein wettbewerbsstrategisches Konzept im Informationszeitalter, 4., überarb. u. erw. Auflage, Wiesbaden.
- Porter, M. E.* (2000), Wettbewerbsvorteile (Competitive advantage), 6. Auflage, Frankfurt a. M.
- Ripperger, T.* (2003), Ökonomie des Vertrauens: Analyse eines Organisationsprinzips, 2. Auflage, Tübingen.
- Schmidtchen, D.* (2003), Wettbewerb und Kooperation (Coopetition): Neues Paradigma für Wettbewerbstheorie und Wettbewerbspolitik?, in: Zentes, J., Swoboda, B., Morschett, D. (Hrsg.): Kooperationen, Allianzen und Netzwerke, 1. Auflage, Wiesbaden, S. 65-92.
- Theurl, Th.* (2007), Das Ringen um Vertrauenswürdigkeit, in: Schwarz, G. (Hrsg.): Vertrauen - Anker einer freiheitlichen Ordnung, Zürich, S. 37-45.

- Theurl, Th.* (2001), Die Kooperation von Unternehmen: Facetten der Dynamik, in: Ahlert, D. (Hrsg.): Handbuch Franchising & Cooperation: Das Management kooperativer Unternehmensnetzwerke, Neuwied, S. 73-91.
- Theurl, Th., Franz, S.* (2007), Benchmark Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen - Erste empirische Ergebnisse, Arbeitspapier des Institutes für Genossenschaftswesen der Universität Münster, Nr. 64, Münster.
- Toffler, A.* (1980), Die Zukunftschance (The Third Wave), München.
- Wuyts, S., Geykens, I.* (2005), The Formation of Buyer-Supplier Relationships: Detailed Contract Drafting and Close Partner Selection, in: Journal of Marketing, Vol. 69, No. 4, S. 103-117.

Koreferat zum Beitrag von Stefanie Franz „Erfolgsfaktoren der Integrierten Versorgung im Gesundheitswesen - Empirische Analyse“

Jürgen Zerth

	Seite
1. <i>Einleitung und Problemstellung</i>	42
2. <i>Anmerkungen zur theoretischen Analyse</i>	42
3. <i>Anmerkungen zur Empirie</i>	45
4. <i>Resümee</i>	46
<i>Literaturverzeichnis</i>	47

1. Einleitung und Problemstellung

Spätestens seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2004 werden Formen der Integrierten Versorgung (im Sinne der §§ 140 a-d SGB V) als Ansatzpunkt einer immanenten wettbewerblichen Umgestaltung des Krankenversicherungssystems angesehen, insbesondere verbunden mit der Hoffnung dadurch parallel existierende Zielfunktionen zwischen sektoral handelnden Leistungserbringern einerseits und dem Kostenträger Krankenversicherung andererseits abzubauen.

Damit lässt sich hinter dem Ansatz der Integrationsversorgung der Managed-Care-Gedanke wieder erkennen, auch wenn eine einfache Übertragung der Managed-Care-Logik auf die deutschen Verhältnisse nicht grundsätzlich vollzogen werden kann. Stefanie Franz hat es sich vor diesem Hintergrund zur Aufgabe gemacht, die „Effizienzwirkungen“ von Integrationsverträgen aus einem streng organisationstheoretischen Blickwinkel gemäß den Denktraditionen von *Porter* zu untersuchen. Vor allem möchte sie diskutieren, inwiefern „Erfolgsfaktoren“ bei der Integrationsversorgung von den beteiligten Akteuren definiert werden und durch die Umsetzung der Erfolgsfaktoren ein Abgleich mit den potenziellen Problemfeldern Qualität und Wirtschaftlichkeit gelingt. Sie wählt dabei ein zweistufiges Verfahren. Die erste theoretische Stufe definiert und diskutiert Ansatzpunkte für Erfolgsfaktoren eines Integrierten Versorgungsvertrags. Auf der zweiten Stufe werden daraus Hypothesen gebildet, die empirisch anhand eines Partial-Least-Square getestet werden.

2. Anmerkungen zur theoretischen Analyse

Die theoretische Analyse von Franz setzt bewusst an der Definition von Erfolgsfaktoren an, die gemäß der Abgrenzung von *Fischer* Fokussierungshilfen für potenzielle Organisationsprobleme darstellen und somit helfen, die Erfolgspotenziale Kosten und Qualität zielgerecht zu steuern. Im Sinne von *Porter* unterscheidet die Autorin zwischen primären und sekundären

Erfolgsfaktoren, die ein gegebenes Unternehmensziel zum Erfolg verhelfen können. Übertragen auf die Integrationsversorgung können als primäre Erfolgsfaktoren die unmittelbaren Regelungen und Gestaltungsoptionen bezüglich des medizinischen Problems bezeichnet werden. Mit sekundären Aktivitäten soll insbesondere die Organisationsumgebung beschrieben werden; diese ist Grundlage für die „Informations- und Kontrollstruktur“ einer Vertragsumgebung im institutionenökonomischen Sinn.

Als eigenständige Entitäten sekundärer Erfolgsfaktoren werden die Infrastrukturumgebung, die Informationsumgebung, die Personalwirtschaft im Sinne der Integration des beteiligten Humankapitals und die Technologiefähigkeit, d. h. die Anpassungsfähigkeit des Vertragskonstruktes an die Individualität, gekennzeichnet. Dieses Vorgehen macht aber eigentlich deutlich, dass integrierte Verträge als typische Kooperations- und Organisationsprobleme im Sinne einer institutionenökonomischen Teamproduktion angesehen werden müssten. Eine Teamproduktion liegt in der Tradition nach *Alchian* und *Demsetz*¹, übertragen auf ein gesundheitsökonomisches Problem vor wenn,

- mehrere Arten von Produktionsfaktoren, d. h. ein Mix medikamentöser, psychologischer und konservativmedizinischer Therapieoptionen Verwendung findet.
- die Erbringung dieser unterschiedlichen Leistungen nicht als voneinander unabhängige Inputs betrachtet werden können, sondern des wohldefinierten Zusammenspiels bedürfen.
- die „Produktionsleistung“ zwangsläufig des Mitwirkens unterschiedlicher Beteiligter - Ärzte, Angehörige, Patienten selbst - bedarf, um eine erfolgreiche Therapiestrategie sicherzustellen, deren Ziel es in erster Linie sein soll, die Progredienz der Erkrankung - was

¹ Zitiert im Sinne von *Erlei et al.* (2007), S. 70 f.

als typisches Erfolgsmaß integrierter Versorgungskonzepte definiert werden kann - zu reduzieren.

Bezogen auf die Terminologie des Integrationsvertrages lässt sich somit folgern, dass dieser gerade durch den medizinischen und ökonomischen Zugewinn im „Team“ ausgestaltet sein kann. Somit stellt sich nun die Frage, wie die Informations- und Kontrollbeziehungen innerhalb dieser Organisationsumgebung formuliert sind. Die traditionelle Sachwalterproblematik der Gesundheitsökonomie wird im Kontext der Integrationsversorgung noch erweitert, da diese Verträge zumindest tendenziell ein konkretisierbares Versorgungsziel im Sinne einer Ergebnisqualität beinhalten und damit die Fragen der Kontrolle diskretionäre Handlungsspielräume unmittelbar interessant wird.

Vor diesem Hintergrund wirkt die Fokussierung auf die sekundären Erfolgspotenziale zwar als interessanter Weg, die Abstimmungs- und Kooperationsprobleme im Integrationsvertrag deutlich zu machen. Es wird aber auch andererseits deutlich, dass die starke Fokussierung auf die Wertkette im Sinne von *Porter* viele Probleme im Interaktionskontext ausblendet. Gerade der Wertkettenbegriff kann die strategischen Interaktionen der Beteiligten im Rahmen eines Integrationsvertrages nicht adäquat abbilden, die sich in der Marktmachtsituation, möglicher „Außenseiteroptionen“ oder in der Verfügbarkeit von Patientenkollektiven im regionalen Umfeld deutlich machen.

Insbesondere aus den Ansätzen der Transaktionskostentheorie lässt sich schließen, dass bei Systemumgebungen mit unvollständiger Information und spezifischer Handlungsbedingungen eine „elastische“ Governancestruktur u. U. besser zu Erfolgen im Sinne aller Beteiligten führen kann. Es ist bei Integrationsverträgen durchaus wichtig, den Aspekt der Patientenmitarbeit zu betonen, wie es durch die Kategorie der Individualisierung dargestellt wurde, jedoch stellt sich diese Aufgabe bei chronischen Krankheiten tendenziell als kontinuierlicher Prozess dar.

So wäre zu überlegen, an dieser Stelle die theoretische Begründung mit Ansätzen aus den Modellen unvollständiger Verträge zu ergänzen. Gerade letztgenannte unterscheiden sich von „umfassenden“ Verträgen dadurch, dass sie bewusst die Notwendigkeit von Nachverhandlungsproblemen berücksichtigen und somit nicht den Detaillierungsgrad des Vertrages in den Vordergrund stellen müssen, sondern die Fähigkeit der Organisations- und Kontrollstruktur mit Veränderungen umzugehen.² Diese Fähigkeit spiegelt sich beispielsweise in der Ausgestaltung der Managementgesellschaft wider, in der Sequenz der Überprüfung der Zwischenziele und vor allem in der Auseinandersetzung mit der regionalen Einbindung weiterer Leistungserbringer.

3. Anmerkungen zur Empirie

Aufbauend auf den herausgearbeiteten sekundären Aktivitäten untersucht Stefanie Franz mittels eines Fragebogendesigns Entscheidungsträger im Kontext integrierter Versorgung. Das Ziel ist, herauszufinden, inwiefern die sekundären Konstrukte als Einflussfaktoren bezüglich Qualität und Kosten identifiziert werden können. Dabei bedient sie sich eines nicht-parametrischen Partial-Least-Squares-Ansatzes zur Interpretation der getroffenen Aussagen. Ein derartiges Verfahren ist denkbar, um Verhaltensfunktionen zu vermeiden und so mögliche Interaktionen zwischen den Konstrukten nicht weiter vertiefen zu müssen.³

Infolge der Einordnung der sekundären Aktivitäten als Grundhypothesen, dergestalt, dass eine „Verbesserung“ oder Intensivierung der Sekundäraktivitäten den „Erfolg“ des Integrationsvertrages fördern würde, gilt es einige Anmerkungen zur Aussagegüte zu treffen. Beispielsweise die Hypothese, ein detaillierterer Vertrag würde zu einem besseren Gesamterfolg beitragen, wird im Fragebogen-setting als signifikant sowohl bezüglich der

² Vgl. beispielsweise *Hart, Moore* (1990).

³ Vgl. *Chin, Todd* (1995).

Qualität des Vertrages als auch bezüglich der Kosten eingeordnet. Dieser Einschätzung mag zwar eine hohe Plausibilität zugemessen werden können, die Antworten im Fragebogen stellen aber möglicherweise eher die (individuellen) Zielfunktionen der Beteiligten dar als den tatsächlichen Zusammenhang zwischen Erfolgsfaktoren und -potenzialen.

Dieses Ergebnis ist aus zwei Gründen wenig verwunderlich. So wird durch den Ansatz eines Experteninterviews die „Einschätzung“ der Beteiligten wiedergegeben, was eher die individuelle Zielfunktion, aber nicht das Ergebnis innerhalb der Teamproduktion beschreiben hilft. Auch wenn die befragten Personen retrospektiv vorhandene Integrationsverträge hinsichtlich der Erfolgspotenziale beurteilen, bleibt die Gefahr eines selbsterfüllenden „Reporting Bias“ bestehen. Gleichwohl ist es ein sehr interessantes Vorgehen, Erfolgspotenziale integrierter Versorgungskonzepte empirisch auf die begleitenden Kontroll- und Organisationsprobleme hin zu untersuchen. Damit gelingt es, eine Ergänzung zu den vornehmlich aus der gesundheitsökonomischen Evaluation resultierenden „Head-to-Head-Ansätzen“ zu geben bzw. zu Forschungsstrategien, die in erster Linie die Vergütungs- und Haftungsaspekte untersuchen, die teilweise zu Integrationsverträgen bereits vorliegen⁴.

4. Resümee

Die Auseinandersetzung mit der Effektivität und ökonomischen Effizienz von Integrationsverträgen stellt eine wichtige Herausforderung sowohl für die Versorgungsforschung als auch für die gesundheitsökonomische Analyse dar. Vor diesem Hintergrund liegt mit dem Papier von Stefanie Franz ein interessanter Beitrag zur Organisationsbetrachtung von Integrationsverträgen vor. Dabei wird jedoch deutlich, dass bei Gültigkeit der Annahme, es liegt eine Form gesundheitsökonomischer Teamproduktion vor, die gesundheitsökonomische Faktorenanalyse verstärkt Anwendung finden muss,

⁴ Vgl. explizit *Güssow* (2007).

die das Informations- und Anreizverhalten der Beteiligten genauer zu analysieren und bewerten weiß.

Literaturverzeichnis

- Chin, W., Todd, P.* (1995), On the use, usefulness, and ease of use of structural equation modeling in MIS research: a note of caution, *Management Information Systems Quarterly*, Jg. 19, S. 237-246.
- Erlei, M., Leschke, M., Sauerland, D.* (2007), *Neue Institutionenökonomik*, 2. Auflage, Stuttgart.
- Fischer, T.* (1993), *Kostenmanagement strategischer Erfolgsfaktoren*, München.
- Güssow, J.* (2007), *Vergütung Integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen*, Heidelberg.
- Hart, O., Moore, J.* (1990), Property rights and the nature of the firm. *Journal of Political Economy* 98, S. 1119-1158.

Bestimmungsgründe von Wartezeiten auf einen stationären Behandlungstermin: Ergebnisse einer aktuellen Umfrage

Björn A. Kuchinke, Dirk Sauerland, Ansgar Wübker

	Seite
<i>Abstract</i>	50
1. <i>Einleitung und Problemstellung</i>	50
2. <i>Grundlagen der Analyse</i>	51
3. <i>Gestaltung der Studie und Datensatz</i>	52
4. <i>Hypothesen und Methodik</i>	57
5. <i>Ergebnisse</i>	58
6. <i>Diskussion und Fazit</i>	65
<i>Literaturverzeichnis</i>	67

Abstract

In der vorliegenden Studie werden die Wartezeiten von Patienten auf einen stationären Behandlungstermin untersucht. Im Rahmen der Primärdatenerhebung wird es möglich, Aussagen darüber zu treffen, welchen Einfluss der Versicherungsstatus (gesetzlich, privat), die Höhe des Entgeltes und die Trägerschaft (öffentlich, frei-gemeinnützig, privat) hat. Es zeigt sich beispielsweise, dass privat Versicherte signifikant schneller einen Termin erhalten als Angehörige der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Höhe des Entgeltes hat dagegen einen nicht eindeutigen Einfluss auf die Wartezeiten. Überraschend ist, dass öffentliche Kliniken im Vergleich zu privat geführten Häusern, den Versicherungsstatus signifikant häufiger abfragen. Gleichzeitig liegen die Wartezeiten in öffentlichen Häusern zwischen denen in privaten Kliniken (am Kürzesten) und in frei-gemeinnützigen Einrichtungen (am Längsten).

1. Einleitung und Problemstellung

In Deutschland wird seit Jahren der Zugang zu medizinischen Dienstleistungen thematisiert. Als zentraler Indikator wird meistens die Terminvergabe und der damit verbundene Behandlungsbeginn angesehen. Untersuchungen beschäftigen sich vornehmlich mit dem ambulanten Bereich, für den sich einige, aus wissenschaftlicher Sicht mehr oder weniger geeignete Einschätzungen finden lassen.¹ Für den stationären Krankenhaussektor liegt bislang keine Studie vor. Diese Lücke wird mit der vorliegenden Arbeit geschlossen. Im Vergleich zu vielen anderen Analysen wird jedoch nicht nur die Frage beantwortet, ob ein Unterschied zwischen privat und gesetzlich Versicherten bezüglich von Wartezeiten besteht. Es wird zusätzlich betrachtet, ob es Unterschiede hinsichtlich verschiedener Erkrankungen gibt, die mit alternativen Entgelten verbunden sind, und ob sich die Träger von Krankenhäusern, die in Deutschland in die Kategorien öffentlich, privat und

¹ Vgl. *Kassenärztliche Bundesvereinigung* (KBV, 2006), *Zok* (2007), S. 5 ff., *Lungen* (2008).

frei-gemeinnützig eingeordnet werden können, in ihrer Patientenauswahl unterschiedlich verhalten.²

Im folgenden Gliederungspunkt 2 wird zunächst erläutert, welchen ordnungsrechtlichen Vorgaben Krankenhäuser in Deutschland gegenüberstehen und relevante Studien überblicksartig vorgestellt. In Kapitel 3 werden dann das Studiendesign veranschaulicht sowie erste deskriptive Auswertungen vorgenommen. Im vierten Kapitel werden die zu testenden Hypothesen und das verwendete Schätzverfahren kurz dargelegt. Kapitel 5 beinhaltet die Ergebnisse der Schätzungen, die im anschließenden Kapitel 6 diskutiert werden und so letztendlich ein Fazit erlauben.

2. Grundlagen der Analyse

Vergütungssysteme prägen grundsätzlich die Anreize für medizinische Leistungserbringer.³ In Deutschland ist eine Diagnosis Related Groups (DRG)-basierte Vergütung für Krankenhausdienstleistungen zum 1. Januar 2004 eingeführt worden. Das DRG-System gilt für alle Kliniken unabhängig von der Trägerschaft, d. h. ob es sich um ein öffentlich, frei-gemeinnützig oder privat geführtes Haus handelt, ob eine Klinik gewinnorientiert ausgerichtet ist oder nicht, von der Bettenkapazität und von der fachlichen Ausrichtung. Gleichmaßen sollen für alle Kliniken prospektiv Budgets für das Folgejahr erstellt werden, welches sich aus der Zahl der Patienten pro DRG und der jeweiligen Entgelthöhe ergibt.

Für die Analyse ist weiterhin wichtig, dass in Deutschland mit der Gesetzlichen (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV) zwei Arten von Versicherungssystemen parallel neben einander bestehen. Beide Krankenversicherungsarten sind Krankenvollversicherungen und decken nahezu alle relevanten Behandlungen versicherungstechnisch ab. Der

² Zu einer Langfassung dieses Papiers vgl. *Sauerland, Kuchinke, Wübker* (2008) sowie mit speziellem Fokus auf die Frage der Auswirkung des Versicherungsstatus *Kuchinke, Sauerland, Wübker* (2008).

³ Vgl. *Sauerland* (2003), S. 96 ff., insgesamt *Kuchinke* (2004).

Leistungskatalog der Privatversicherungen ist jedoch i. d. R. umfangreicher. So umfasst die Versicherungspolice normalerweise ein Recht auf die Behandlung durch den Chefarzt sowie auf die Unterbringung im Zwei- oder Einbettzimmer. Bei der Behandlung privat versicherter Patienten ist es für Krankenhäuser somit möglich, zusätzliche Entgelte zu generieren. Jedoch muss gesehen werden, dass in Deutschland gleichzeitig die Verpflichtung für Krankenhäuser existiert, alle versicherten Patienten zu behandeln.⁴

International stehen die Wartezeiten für stationäre medizinische Dienstleistungen im Fokus vieler Untersuchungen und werden ökonomisch sowie medizinisch diskutiert.⁵ Es zeigt sich, dass mit Wartezeiten Probleme verbunden sein können.⁶ Inwiefern Wartezeiten allgemein als Zuteilungsinstrument genutzt werden und wie die Angebots- und Nachfrageseite darauf reagieren, ist z. B. umfassend für den britischen Nationalen Gesundheitsdienst untersucht worden.⁷ Asplin, B. et al. (2005) haben den amerikanischen Markt für ambulante medizinische Dienstleistungen analysiert. Es werden hierbei keine Erinnerungsdaten von Patienten verwendet, sondern es erfolgt im Rahmen eines „Feldversuchs“ eine gezielte Primärdatenerhebung: Mit Hilfe von Testanrufen ist geprüft worden, inwiefern die Terminvergabe z. B. an alternativ versicherten Patienten gehandhabt wird.⁸

3. Gestaltung der Studie und Datensatz

Das Design der vorliegenden Studie entspricht methodisch weitgehend dem experimentellen Vorgehen von Asplin, B. et al. (2005). Insgesamt werden drei Krankheitsbilder aus alternativen medizinischen Fachrichtungen betrachtet: Erstens aus dem Bereich Chirurgie die Indikation „Knöchelbruch“

⁴ Dies leitet sich aus § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V ab.

⁵ Vgl. hierzu umfassend *SVR* (2007), S. 382 ff.

⁶ Vgl. für einen knappen Überblick *Czyponka et al.* (2007).

⁷ Vgl. dazu z. B. *Martin, Smith* (1999), *Martin, Smith* (2003), *Martin et al.* (2007).

⁸ Zu weiteren Studien vgl. z. B. *Medicaid Access Study Group* (MASG, 1994), *Ayanian et al.* (2000) oder zum Überblick *Institute of Medicine Committee on the Consequences of Uninsurance* (IMCCU, 2002).

(Weber-B-Fraktur), zweitens aus der Kardiologie die Indikation „Herzkranzgefäßverengung“ (Stenose) und drittens aus der Frauenheilkunde die Indikation „Krebsverdacht“ (Konisation). Insgesamt wird für die vorliegende Studie über alle Krankheitsbilder ein Behandlungstermin innerhalb von zwei Wochen als erforderlich angesehen.

Jede zufällig ausgewählte Klinik ist von einem geschulten Anrufer zwecks Terminvereinbarung angerufen worden.⁹ Die Interviewer haben jedes Telefonat mit standardisierten Formulierungen zu ihrer Person und ihrer Erkrankung, jedoch nicht zum Versichertenstatus begonnen. Der Versichertenstatus ist bei den Gesprächen nur auf Nachfrage des Krankenhauses mitgeteilt worden. Da die Anrufer zunächst die Rolle eines gesetzlich Versicherten eingenommen haben, sind in einer neuen Anrufrunde alle Krankenhäuser, die aktiv den Versichertenstatus abgefragt haben, vom gleichen Probanden nach 14 Tagen noch einmal angerufen worden. Dabei hat sich der Anrufer in diesem zweiten Anruf als fiktiver Privatpatient ausgegeben. Hierdurch wird eine mögliche Abweichung bei der Terminvergabe zwischen gesetzlich und privat Versicherten geprüft.

Mit Hilfe des Klinikverzeichnis sind alle Krankenhäuser innerhalb Deutschlands differenziert nach Art und Anzahl der Abteilungen, Trägerschaft (öffentlich, privat, frei-gemeinnützig), Bettenkapazität sowie regionaler Standort ermittelt worden.¹⁰ Laut der Statistik hat es in Deutschland zum 31.12.2003 insgesamt 2.122 für die Studie relevante Krankenhäuser gegeben. Wie in der zweiten Spalte von nachstehender Tabelle zu erkennen ist, bieten davon 1.339 Kliniken Leistungen aus dem Bereich „Chirurgie“ an, 235 Krankenhäuser sind in der Lage kardiologische Erkrankungen zu behandeln und 1.065 Häuser verfügen über eine Abteilung „Frauenheilkunde/Geburtshilfe“. Dies ist die jeweilige Grundgesamtheit der in

⁹ Um den möglichen Einfluss der Krankenhausbudgetauslastung zu berücksichtigen, sind ein Teil der Anrufe zum Jahresende 2006 durchgeführt worden.

¹⁰ Vgl. *StBA* (2005).

Frage kommenden Kliniken bei den festgelegten Krankheitsbildern. Auf Basis der Formel für endliche Grundgesamtheiten sind anschließend die in Tabelle 1 (Spalte 3) aufgeführten Stichprobenumfänge ermittelt worden.

Tabelle 1: Grunddaten

Plankranken- häuser mit	Grund- gesamtheit	Stichprobe	Abfrage	Ausschluss
Chirurgie	1.339	194	19	39
Kardiologie	235	107	58	30
Frauenheilkunde	1.065	184	45	118
Summe		485	122	187

Quelle: *Eigene Darstellung* mit Daten aus *StBA* (2005).

Die Befragung ist in der Zeit vom 25.04.2006 bis 25.01.2007 erfolgt. In der ersten Befragungsrunde als gesetzlich Versicherter sind im Bereich „Chirurgie“ 194 Termine, im Rahmen der kardiologischen Indikation 107 Termine und hinsichtlich der Frauenheilkundediagnose 184 Termine in zufällig ausgewählten Häusern bundesweit vereinbart worden. Die Anzahl der Termine ist als Rubrik „Stichprobe“ im jeweiligen medizinischen Segment anzusehen. Um den angestrebten Stichprobenumfang zu erreichen, sind jedoch mehr Anrufe nötig gewesen als in der dritten Spalte von Tabelle 1 ausgewiesen, da beispielsweise die angerufenen Häuser nur Belegkliniken in der jeweiligen Abteilung aufweisen, die nachgefragte Leistung nicht anbieten, kein Termin an Patienten, sondern nur an Fachärzte vergeben oder aber aus sonstigen Gründen keine Terminvergabe erfolgt ist. Die Anzahl der auf dieser Basis auszuschließenden Häuser ist unter dem Stichwort „Ausschluss“ in der fünften Spalte von Tabelle 1 zu erkennen. Die Zahl der Krankenhäuser, die den Versicherungsstatus beim ersten Kontakt aktiv abgefragt haben, ist in der

vierten Spalte von Tabelle 1 eingetragen. Diese sind dann zwecks Bildung einer Kontrollgruppe in der zweiten Runde wiederholt angerufen worden.

Im Rahmen der Anrufe sind zahlreiche Variablen erhoben worden und anschließend in die weitere empirische Analyse eingegangen. Als Regressionsvariablen sind Dummies für den Versicherungsstatus, für die verschiedenen Diagnosegruppen, für die unterschiedlichen Träger sowie für das Abfrageverhalten gebildet worden. Um die Validität der Regressionen zu erhöhen, wird schließlich auf den potenziellen Einfluss weiterer Faktoren der Terminvergabe kontrolliert, d. h. konkret trifft dies auf die Krankenhausgröße (Anzahl der Betten als Proxyvariable) sowie auf regionale Einflussfaktoren (Dummyvariablen für Stadtstaaten) zu.

Nachfolgende Tabelle 2 zeigt mit der Anzahl der Beobachtungen, dem arithmetischen Mittelwert, der Standardabweichung sowie dem Minimal- und Maximalwert einige relevante Maßzahlen. Hiernach bestehen versicherungs-, diagnose- und trägerspezifische Unterschiede. Auch zeigt sich, dass ein erheblicher Anteil (über 15 %) der Patienten keinen Termin innerhalb von zwei Wochen erhält.

Tabelle 2: Deskriptive Statistik

Variable	Beobachtungen	Mittelwert	Standardabweichung	Min	Max
Wartezeiten					
Wartezeit	607	8,3081	8,2857	1	90
Wartezeitabgefragt	244	9,7541	7,6090	1	48
Wartezeitpkv	122	8,9667	7,0996	1	45
Wartezeitgkv	122	10,5533	7,9788	1	48
Wartezeit_n_abgefragt	363	6,4986	8,2238	1	90
Wartezeitknoechel	213	2,5235	4,4204	1	54
Wartezeitstenose	165	13,3454	10,8844	1	90
Wartezeitkrebsverdacht	229	8,7043	4,8478	1	36
Wartezeitprivtraeger	81	6,1358	8,3990	1	54
Wartezeitoefftraeger	294	7,8809	8,6623	1	90
Wartezeitreigemeintraeger	232	8,2974	7,2332	1	45
Terminschwellen					
Termin1woche	607	0,4909	0,5003	0	1
Termin2wochen	607	0,1581	0,3651	0	1
Regressionsvariablen*					
Bettenzahl	607	479,78	364,82	10	4990
Stadtstaaten	607	0,0824	0,2751	0	1
Knöchelbruch	607	0,3493	0,4771	0	1
Stenose	607	0,2718	0,4452	0	1
Privater Träger	607	0,1334	0,3403	0	1
Öffentlicher Träger	607	0,4843	0,5001	0	1
Abgefragt	607	0,4019	0,4907	0	1
Privatversichert	607	0,2001	0,4011	0	1

Quelle: *Eigene Berechnungen.*

4. Hypothesen und Methodik

Aus Tabelle 1 Tabelle wird deutlich, dass bei den 485 getätigten Anrufen zur Vereinbarung eines Behandlungstermins in 122 Fällen der Versicherungsstatus aktiv abgefragt worden ist. Für ca. 25 % der Krankenhäuser scheint somit der Versicherungsstatus eine Rolle für die Terminvergabe zu spielen. Vor diesem Hintergrund und gemäß der weiteren Darstellungen wird vermutet, dass a) von diesen Krankenhäusern Privatpatienten bevorzugt werden und daher b) die Wartezeit als Steuerungsinstrument zu Gunsten der Privatpatienten eingesetzt wird. Aus diesem Grund lautet Hypothese I:

Privatpatienten erhalten in deutschen Krankenhäusern im Schnitt schneller einen Behandlungstermin als gesetzlich versicherte Patienten mit der gleichen medizinischen Indikation.

In Abhängigkeit von der DRG könnten sich die Anreizwirkungen unterscheiden. Diese Vermutung wird auch durch das krankheitsspezifische Abfrageverhalten des Versichertenstatus gestützt. So haben gemäß Tabelle 1 bei der Weber-B-Fraktur ca. 10 %, bei der Konisation rund 25 % und bei der Stenose mehr als 54 % der Häuser die Versicherung bei Anruf erfragt. Es kann vermutet werden, dass mit zunehmender Höhe der DRG die Wahrscheinlichkeit eines positiven Grenzgewinns zunimmt. Daher lautet Hypothese II:

Je höher die DRG, desto kürzer ist die Wartezeit auf einen Behandlungstermin.

Es wird unterstellt, dass sich Privatkliniken als Gewinnmaximierer verhalten, öffentliche oder freigemeinnützige Krankenhäuser dagegen nicht zwangsläufig. Die Plausibilität dieser Annahme lässt sich auch durch die Daten der deskriptiven Statistik in Tabelle 2 stützen, nach denen private Häuser geringere Wartezeiten als öffentliche und freigemeinnützige Häuser aufweisen. Daher wird erwartet, dass private Häuser die Wartezeitsteuerung als

betriebswirtschaftliches Instrument eher oder regelmäßiger einsetzen als andere Häuser. *Hypothese III* lautet somit:

Für Patienten mit der gleichen medizinischen Indikation weisen private Krankenhäuser eine geringere Wartezeit auf einen Behandlungstermin auf als Krankenhäuser in freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft.

Die aufgestellten Hypothesen sind mit Hilfe alternativer Kennziffern und differenzierter Schätzmethoden überprüft worden. In einem ersten Schritt werden die Hypothesen I-III anhand der Kennziffer logarithmierte Bruttowartezeit¹¹ mit Hilfe von Ordinary Least Squares (OLS)-Regressionen getestet. Diese werden um Tobit-Schätzungen ergänzt.¹²

In einem zweiten Schritt werden die Regressionen für die endogenen Variablen „Termin1woche“ und „Termin2wochen“ wiederholt, um die Robustheit der zuvor ermittelten Ergebnisse hinsichtlich der Überschreitung von Termenschwellen bei der Vergabe des Behandlungstermins zu testen. Da es sich bei diesen Variablen um dichotome Größen mit den Ausprägungen „0/Ja“ und „1/Nein“ handelt, erfolgt eine Probitschätzung.

Schließlich wird in einem dritten Schritt untersucht, ob sich die gefundenen Ergebnisse auch im Rahmen einer detaillierten diagnose- und trägerspezifischen Analyse als robust erweisen. Dazu werden auf Basis der reduzierten Grundgesamtheiten die zuvor durchgeführten Regressionen für die verschiedenen Träger und Diagnosegruppen wiederholt.

5. Ergebnisse

Die Daten in nachstehender Tabelle 3 machen deutlich, dass sich die Resultate robust gegenüber der jeweiligen Schätzspezifikation (OLS, Tobit) erweisen. Bezüglich des Versichertenstatus zeigt sich, dass privat versicherte Patienten gegenüber ihrer Referenzgruppe signifikant geringere Wartezeiten

¹¹ Die in der Studie ermittelte Bruttowartezeit enthält die Zahl der Tage vom Tag des Anrufs bis zum Termin inklusive aller Feiertage und der Wochenenden (Samstag/Sonntag).

¹² Zur besseren Einordnung der Schätzergebnisse erfolgt zudem eine Probit-Regression auf die Variable „abgefragt“. Vgl. zur Methodik auch *Wooldridge* (2002).

haben. Die Referenzgruppe beinhaltet die gesetzlich versicherten Patienten, bei denen der Versicherungsstatus abgefragt worden ist. Privatpatienten müssen im Vergleich zu dieser Gruppe 18,9 % oder 1,6 Tage kürzer auf einen Behandlungstermin warten.¹³ Die gesetzlich versicherten Patienten, bei denen der Versicherungsstatus abgefragt worden ist, müssen demgegenüber wiederum 21 % länger auf einen Behandlungstermin warten als die gesetzlich versicherten Patienten, bei denen der Versicherungsstatus nicht abgefragt worden ist (Referenzgruppe).

¹³ Die genauen Berechnungen der hier und im Folgenden vorgestellten Ergebnisse sind *Kuchinke, Sauerland, Wübker* (2008), S. 19 ff. entnommen

Tabelle 3: Determinanten der Wartezeit und Abfrageverhalten

Variable:	Logarithmierte Bruttowartezeit		Abgefragt
	OLS (alle Diagnosen)	Tobit1 (alle Diagnosen)	Probit (alle Diagnosen)
Knöchelbruch	-1,52 (0,678)***	-1,38 (0,075)***	-0,229 (0,045)***
Stenose	0,221 (0,075)***	0,162 (0,074)**	0,312 (0,051)***
Privater Träger	-0,179 (0,091)**	-0,201 (0,097)**	-0,200 (0,060)**
Öffentlicher Träger	-0,138 (0,063)**	-0,146 (0,066)**	0,016 (0,466)
Abgefragt	0,191 (0,078)**	0,207 (0,078)**	
Privatversichert	-0,210 (0,089)**	-0,199 (0,089)**	
Bettenzahl	0,139 (0,084)	0,122 (0,089)	-0,360 (0,663)
Stadtstaaten	0,176 (0,105)*	0,189 (0,108)*	0,062 (0,077)
Achsenabschnitt	2,011 (0,069)***	1,625 (0,88)***	
Modellgüte			
Beobachtungen	607	458 unzensiert/ 149 zensiert	607
F-Wert / LR Chi2	103,99	537,70	
Prob > F / Prob > Chi2	0,0000	0,0000	0,0000
Adj. R ² bzw. Pseudo ² R ^{2**}	0,5762	0,2819	0,1490
1 Marginale Effekte auf Basis positiver Beobachtungen sind ausgegeben. 2 Das pseudo R ² lässt sich aufgrund unterschiedlicher Berechnungsmethoden nicht mit dem adj. R ² vergleichen. Standardfehler in Klammern. Signifikanzniveau: ***P < 0,01, **P < 0,05, *P < 0,10.			

Quelle: *Eigene Berechnungen.*

Hinsichtlich der Bedeutung der Diagnose für die Vergabe eines Behandlungstermins zeigen die Ergebnisse aus Tabelle 3 weiter, dass Patienten mit der Diagnose „Knöchelbruch“ statistisch signifikant schneller einen Termin bekommen als Patienten mit der Diagnose „Krebsverdacht“ (Referenzgruppe). Diese erhalten wiederum statistisch signifikant schneller einen Behandlungstermin als Patienten mit der Diagnose „Stenose“.¹⁴ Dieses Ergebnis gilt unter der Tatsache, dass für das Krankheitsbild des Knöchelbruchs der höchste DRG-Satz (Bewertungsrelation 1,545 oder 2,151) gezahlt wird, gefolgt von der Behandlung der Stenose (Bewertungsrelation zwischen 0,960 und 1,363) und der Behandlung der Konisation (Bewertungsrelation 0,488). In diesem Zusammenhang zeigt sich jedoch ebenfalls, dass die DRG-Höhe nicht allein die Wartezeiten erklären kann.

Werden in diesem Kontext die Ergebnisse der weiteren Schätzung herangezogen, so wird gleichzeitig ersichtlich, dass zwischen der Wartezeit auf einen Behandlungstermin und dem krankheitsspezifischen Abfrageverhalten ein positiver Zusammenhang besteht: Die Krankheitsgruppe mit der längsten Wartezeit auf einen Behandlungstermin weist auch die höchste Wahrscheinlichkeit auf, dass der Versicherungsstatus abgefragt wird.

Bezüglich der Bedeutung der Krankenhausträgerschaft für die Terminvergabe zeigen die Regressionsergebnisse, dass Patienten öffentlicher und privater Häuser signifikant eher einen Behandlungstermin erhalten als Patienten freigemeinnütziger Häuser (Referenzgruppe). Patienten öffentlicher Häuser erhalten um 12,9 % und Patienten privater Häuser um 16,4 % schneller einen Behandlungstermin als Patienten freigemeinnütziger Häuser. Weiter zeigen die Schätzungen, dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft signifikant seltener den Versicherungsstatus abfragen als Häuser in freigemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft.

¹⁴ Auf Grundlage der OLS-Regression müssen Knöchelbruchpatienten 78 % weniger lange auf einen Behandlungstermin warten als Patienten der Diagnose Krebsverdacht. Patienten mit der Diagnose Stenose müssen demgegenüber 24,6 % länger auf einen Behandlungstermin warten als Patienten der Diagnose „Krebsverdacht“.

Die Robustheit der Zusammenhänge zeigt sich jedoch nur zum Teil innerhalb der Regressionsanalysen auf die endogenen Variablen „Termin1woche“ und „Termin2wochen“, wie nachfolgende Tabelle 4 ausweist. Es wird jeweils ein signifikanter Einfluss des privaten Versicherungsstatus gefunden. Im Vergleich zu ihrer Referenzgruppe besteht für Privatpatienten ein um 18 % (ca. 5 %) geringeres Risiko innerhalb von einer Woche (zwei Wochen) keinen Behandlungstermin zu bekommen. Die Referenzgruppe bilden wiederum die gesetzlich Versicherten, deren Versichertenstatus abgefragt worden ist.

Tabelle 4: Überschreitung von Terminschwellen

Variable	Termin2wochen	Termin1woche
	Probit¹	Probit¹
Knöchelbruch	0,224 (0,031)**	-0,635 (0,033)***
Stenose	0,177 (0,043)**	0,103 (0,059)*
Privater Träger	-0,036 (0,034)	0,203 (0,823)
Öffentlicher Träger	-0,036 (0,026)	-0,064 (0,054)
Abgefragt	0,022 (0,031)	0,171 (0,063)***
Privatversichert	-0,048 (0,026)*	-0,180 (0,066)***
Bettenzahl	0,058 (0,032)*	0,100 (0,071)
Stadtstaaten	0,100 (0,059)**	0,088 (0,092)
Modellgüte		
Zahl Beobachtungen	607	607
F-Wert / LR Chi2	117,01	295,79
Prob > F / Prob > Chi2	0,0000	0,0000
Adj. R ² bzw. Pseudo R ² (Mc Fadden)	0,2208	0,3516
¹ Marginale Effekte. Standardfehler in Klammern. Signifikanzniveau: ***P < 0,01, **P < 0,05, *P < 0,10.		

Quelle: *Eigene Berechnungen.*

Bezüglich der Bedeutung der Diagnosegruppen kann festgehalten werden, dass für die Diagnose „Knöchelbruch“ eine um 63 % (22 %) geringere Wahrscheinlichkeit besteht, innerhalb einer (zwei) Wochen keinen Behandlungstermin zu erhalten als bei der Diagnose „Krebsverdacht“. Diese Diagnosegruppe weist eine um 10 % (17 %) geringere Wahrscheinlichkeit auf, innerhalb von einer (zwei) Wochen keinen Behandlungstermin zu erhalten als Patienten mit der Diagnose „Stenose“. Bei der Trägerschaft zeigt sich schließlich kein signifikanter Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit keinen zeitnahen Behandlungstermin zu erhalten.

Tabelle 5 dokumentiert die Ergebnisse der Detailanalyse für die drei Diagnosegruppen. Aufgrund der deutlich geringeren Anzahl an Beobachtungen sind eine Reihe von Schätzkoeffizienten nicht mehr signifikant. Es lässt sich jedoch festhalten, dass der Versichertenstatus bei den betrachteten Diagnosegruppen die erwartete Wirkungsrichtung signalisiert. Auch weisen die anderen Schätzkoeffizienten weitgehend zur Kernanalyse konsistente Vorzeichen auf.¹⁵ Weiter kann für die Diagnosen „Knöchelbruch“ und „Stenose“ für die private Krankenhausträgerschaft im Verhältnis zur Referenzgruppe der freigemeinnützigen Häuser trotz geringerer Stichprobengröße ein signifikant negativer Zusammenhang mit der Wartezeit ermittelt werden.

Tabelle 6 liefert schließlich die Ergebnisse der Detailanalyse für die Krankenhausträger. Aufgrund der geringen Stichprobengröße verlieren die Schätzkoeffizienten ebenfalls teilweise ihre statistische Signifikanz. Jedoch unterstreichen auch die Ergebnisse der trägerspezifischen Analyse die grundsätzliche Konsistenz der Schätzkoeffizienten zur Kernanalyse. Dies gilt sowohl für die Variablen zum Versicherungsstatus als auch für die Diagnosegruppen.

¹⁵ Nicht im Einklang mit der Kernanalyse ist lediglich der Schätzer für die private Trägerschaft bei der Stenose.

Tabelle 5: Detailanalyse für Krankheitsbilder

Variable	Logarithmierte Bruttowartezeit		
	Tobit ¹ (Knöchel)	OLS (Stenose)	OLS (Krebsverdacht)
Privater Träger	-0,231 (0,127)*	0,174 (0,236)	-0,227 (0,116)*
Öffentliche Träger	-0,223 (0,098)**	-0,093 (0,141)	-0,116 (0,076)
Abgefragt	0,535 (0,138)***	0,148 (0,156)	0,008 (0,088)
Privatversichert	-0,362 (0,191)**	-0,152 (0,148)	-0,084 (0,107)
Bettenzahl	0,075 (0,129)	0,519 (0,205)**	0,239 (0,119)**
Stadtstaaten	0,197 (0,152)	-0,061 (0,200)	0,358 (0,144)**
Achsenabschnitt	-0,093 (0,087)	1,981(0,175)***	1,995(0,076)***
Modellgüte			
Zahl Beobachtungen	68 unzensiert/ 144 zensiert	165	230
F-Wert / LR Chi2	20,67	1,33	3,06
Prob > F / Prob > Chi2	0,0021	0,2489	0,0068
Adj. R ² bzw. Pseudo R ² (Mc Fadden)	0,0473	0,012	0,0512
Standardfehler in Klammern. Signifikanzniveau: ***P < 0,01, **P < 0,05, *P < 0,10.			

Quelle: *Eigene Berechnungen.*

Tabelle 6: Detailanalyse für Krankenhausträger

Variable	Logarithmierte Bruttowartezeit		
	Tobit (Privater Träger)	Tobit (Öff. Träger)	Tobit (Frei-gem. Träger)
Knöchelbruch	-2,256 (0,283)***	-2,121 (0,131)***	-1,678 (0,148)***
Stenose	0,434 (0,283)	0,243 (0,124)	0,084 (0,147)
Abgefragt	0,126 (0,423)	0,165 (0,128)	0,401 (0,154)***
Privatversichert	-0,231 (0,482)	-0,243 (0,146)	-0,279 (0,174)*
Bettenzahl	0,700 (0,400)	0,445 (0,0121)	0,261 (0,341)
Stadtstaaten	0,446 (0,816)	0,346 (0,183)*	0,089 (0,194)
Modellgüte			
Zahl Beobachtungen	49 unzensiert/ 32 zensiert	223 unzensiert/ 71 zensiert	186 unzensiert/ 46 zensiert
F-Wert/LR Chi2	81,01	289,04	162,91
Prob > F /Prob > Chi2	0,0000	0,0000	0,0000
Adj. R ² bzw. Pseudo R ² (Mc Fadden)	0,3280	0,3134	0,2275
Standardfehler in Klammern. Signifikanzniveau: ***P < 0,01, **P < 0,05, *P < 0,10.			

Quelle: *Eigene Berechnungen.*

6. Diskussion und Fazit

Die vorliegende Studie zeigt erstmalig, dass der Zugang zu kurzfristig erforderlichen, stationären medizinischen Dienstleistungen in Deutschland in

Abhängigkeit von verschiedenen Determinanten variiert. Privatpatienten müssen durchschnittlich knapp 1,6 Tage oder 20 % kürzer auf einen Behandlungstermin warten als gesetzlich versicherte Patienten, wenn der Versicherungsstatus abgefragt wird. Es ist davon auszugehen, dass a) ein Teil der Krankenhäuser in Deutschland die Wartezeit als Instrument zur Steuerung ihrer Patientenströme aktiv einsetzt und dass dabei b) Privatpatienten einen schnelleren Zugang zu den stationären medizinischen Leistungen erhalten als gesetzlich versicherte Patienten.

Weiter zeigt die Analyse, dass bei der Diagnose „Knöchelbruch“, für deren Behandlung die höchste DRG erzielt wird, statistisch die geringste Wartezeit in Kauf genommen werden muss. Gleichzeitig ist jedoch die Diagnose „Krebsverdacht“, deren Behandlung die geringste Vergütung erfährt, nicht mit der größten Wartezeit verbunden. Damit kann nicht davon ausgegangen werden, dass mit einer höheren DRG zwingend geringere Wartezeiten einhergehen. Es zeigt sich weiter, dass die Wahrscheinlichkeit, den Versichertenstatus abzufragen bei Diagnosegruppen mit einer höheren Wartezeit relativ hoch ist und umgekehrt. Dieses Ergebnis könnte ein Indiz dafür sein, dass nicht die Höhe der DRG für den Einsatz der Wartezeit als Rationierungsinstrument entscheidend ist, sondern die Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines negativen Deckungsbeitrages.

Schließlich ist ermittelt worden, dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft zwar signifikant geringere Wartezeiten als Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft aufweisen, nicht jedoch signifikante Unterschiede zu Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft bestehen. Somit lässt sich Hypothese III nur zum Teil empirisch nicht widerlegen. Jedoch zeigt die ergänzende Analyse, dass private Krankenhausträger mit einer signifikant geringeren Wahrscheinlichkeit den Versicherungsstatus abfragen als freigemeinnützige und öffentliche Häuser. Dieses Ergebnis kann ein Indiz dafür sein, dass private Häuser eine weniger angespannte Finanzlage aufweisen

als Krankenhäuser in alternativer Trägerschaft und daher auch nicht auf das Rationierungsinstrument „Wartezeit“ zurückgreifen müssen.

Literaturverzeichnis

- Asplin, B. R. et al.* (2005), Insurance Status and Access to Urgent Ambulatory Care Follow-up Appointments, in: JAMA, Vol. 294, S. 1.248-1.254.
- Ayanian, J. Z. et al.* (2000), Unmet Health Needs of Uninsured Adults in the United States, in: Journal of the American Medical Association, Vol. 284, S. 2061-2069.
- Czyponka, T. et al.* (2007), Warten in Europa: Ein internationaler Vergleich bei Elektivoperationen, Health System Watch I/2007.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung* (KBV, 2006), Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung, abgerufen im Internet (20.10.2007) unter: <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=e46cf628e82a2fc4d62d51fb317cbb0e&DocId=003752082&Page=1>.
- Kuchinke, B. A.* (2004), Krankenhausdienstleistungen und Effizienz in Deutschland: Eine industrieökonomische Analyse, Gesundheitsökonomische Beiträge, Nr. 43, Baden-Baden.
- Kuchinke, B. A., Sauerland, D., Wübker, A.* (2008), Determinanten der Wartezeit auf einen Behandlungstermin in deutschen Krankenhäusern - Ergebnisse einer Auswertung neuer Daten, Diskussionspapier Nr. 56, TU Ilmenau, Institut für Volkswirtschaftslehre.
- Lungen, M. et al.* (2008), Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany, in: International Journal for Equity in Health, Vol. 7 (1), abgerufen im Internet (16.2.2008) unter: <http://www.equityhealthj.com/content/7/1/1>.

- Martin, S., Smith, P. C.* (1999), Rationing by waiting list: an empirical investigation, in: *Journal of Public Economics*, Vol. 74 (3), S. 404-417.
- Martin, S., Smith, P. C.* (2003), Using panel methods to model waiting times for National Health Service Surgery, in: *Journal of the Royal Statistical Society, Series A*, Vol. 166 (3), S. 369-387.
- Martin, S. et al.* (2007), The market for elective surgery: joint estimation of supply and demand, in: *Journal of Health Economics*, Vol. 26, No. 2, S. 263-285.
- Medicaid Access Study Group* (MASG, 1994), Access to Medicaid recipients to outpatient care, in: *New England Journal of Medicine*, Vol. 330, S. 1426-1430.
- Sauerland, D.* (2003), *Gesundheitspolitik in Deutschland, Reformbedarf und Entwicklungsperspektiven*, 2. Auflage, Gütersloh.
- Sauerland, D., Kuchinke, B. A., Wübker, A.* (2008), Warten gesetzlich Versicherte länger? Zum Einfluss des Versichertenstatus auf den Zugang zu medizinischen Leistungen im stationären Sektor, Diskussionspapier der WHL - Wissenschaftliche Hochschule Lahr, Nr. 11.
- Statistisches Bundesamt* (StBA, 2005), *Verzeichnis der Krankenhäuser oder Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland*, Wiesbaden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (SVR; 2007), Kooperation und Verantwortung Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Langfassung des Gutachtens, abgerufen im Internet (4.2.2008) unter: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Langfassung060707-website.pdf>.
- Wooldridge, J. M.* (2002), *Econometric Analysis of Cross-Section and Panel Data*, Cambridge.
- Zok, K.* (2007), Warten auf den Arzttermin, Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter GKV- und PKV-Versicherten, in: *WIDOMonitor*, Ausgabe 1/2007, S. 1-7.

**Koreferat zum Beitrag von Björn A. Kuchinke, Dirk
Sauerland und Ansgar Wübker
„Bestimmungsgründe von Wartezeiten auf einen
stationären Behandlungstermin: Ergebnisse einer aktuellen
Umfrage“**

Ingmar Kumpmann

	Seite
1. <i>Motive der Diskriminierung mittels Wartezeit</i>	70
2. <i>Versichertenstatus und Wartezeit</i>	71
3. <i>Fallpauschale und Wartezeit</i>	73
4. <i>Trägerschaft und Wartezeit</i>	74

1. Motive der Diskriminierung mittels Wartezeit

Für die Diskussion über das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung in Deutschland ist die Frage der Bevorzugung von Versicherten der privaten Krankenversicherung durch Leistungserbringer im Gesundheitswesen wichtig. Dabei wird oft darauf verwiesen, privat Versicherte müssten kürzer als gesetzlich Versicherte auf eine Behandlung warten. Empirisch wurde eine solche Bevorzugung bei der Wartezeit bislang für den ambulanten Bereich untersucht. Dies erstmals auch für den Bereich der stationären Versorgung zu tun, ist ein wichtiger Baustein zur Beantwortung der Frage, ob bzw. inwieweit gesetzlich Versicherte in der medizinischen Versorgung benachteiligt werden.

Für das Verständnis einer möglichen Diskriminierung zwischen Patientengruppen ist die Analyse der Anreizstruktur der Leistungserbringer wesentlich. Zwar erhalten die Krankenhäuser für die Behandlung von privat Versicherten die gleiche Fallpauschalen-Vergütung wie für die Behandlung gesetzlich Versicherter. Kuchinke, Sauerland und Wübker verweisen jedoch darauf, dass Krankenhäuser bei privat Versicherten etwa für Einzelzimmer oder im Fall der Chefarztbehandlung zusätzliche Entgelte erzielen können. Man könnte ergänzen, dass auch das Recht der Chefärzte auf private Liquidation bei privat Versicherten eine Rolle spielen kann. Möglicherweise ist es nicht nur das Interesse des Krankenhauses, sondern auch das persönliche Interesse der Chefärzte an privat abrechenbaren Leistungen, das eine Bevorzugung privat versicherter Patienten bei der stationären Versorgung begründet.

Eine zweite Bedingung muss erfüllt sein, damit eine Diskriminierung zugunsten privat versicherter Patienten für Krankenhäuser rational ist. Nur wenn die Kapazitäten des Krankenhauses knapp sind und mehrere Patienten um einen Krankenhausplatz konkurrieren, hat das Krankenhaus ein Motiv, gesetzlich Versicherte abzuschrecken. Solange freie Kapazitäten vorhanden sind, wird ein Krankenhaus auch gesetzlich Versicherte schnell aufnehmen,

wenn bei diesen die Einnahmen über den Ausgaben liegen. Der Grad der Kapazitätsauslastung ist somit ebenfalls wichtig zum Verständnis ggf. vorliegender Diskriminierung nach Versichertenstatus.

Wenn erkannt ist, dass Krankenhäuser ein Interesse daran haben, viele privat und wenige gesetzlich Versicherte als Patienten aufzunehmen, dann stellt sich die Frage, ob dies durch eine Diskriminierung bei der Wartezeit überhaupt gelingen kann. Möglicherweise ist die Auswahl des Krankenhauses in vielen Fällen vollständig durch den Wohnort und die zu behandelnde Krankheit bestimmt. Insbesondere in kleineren Städten und ländlichen Regionen haben die Patienten oft keine Wahl zwischen mehreren Krankenhäusern, sofern sie nicht fern des Wohnortes behandelt werden wollen. In diesen Fällen können die Krankenhäuser durch eine Diskriminierung bei der Wartezeit die Zusammensetzung ihrer Patientenschaft nur ganz kurzfristig beeinflussen. Mittel- und langfristig sind hier die Patienten auf die Krankenhäuser festgelegt, sodass sich die Zusammensetzung der Patientenschaft der Krankenhäuser durch unterschiedliche Wartezeiten nicht ändert.

Längere Wartezeiten für gesetzlich Versicherte machen für ein Krankenhaus also nur dann Sinn, wenn die Patienten auf alternativ wählbare Krankenhäuser ausweichen können. Dann könnte das Wartezeit-Management ein Wettbewerbsverhalten sein mit dem Ziel, privat Versicherte anzuziehen und gesetzlich Versicherte abzuschrecken.

Diese theoretischen Überlegungen deuten darauf hin, dass eine Diskriminierung mittels Wartezeit im stationären Bereich in bestimmten Konstellationen relevant sein kann. Der empirische Test dazu wird von den Autoren in ihrer Studie geliefert.

2. Versichertenstatus und Wartezeit

Kuchinke, Sauerland und Wübker stellen drei Hypothesen auf, die sie empirisch testen. Die erste und zentrale Hypothese ist, dass privat Versicherte

eine kürzere Wartezeit auf einen Platz im Krankenhaus haben als gesetzlich Versicherte. Diese Hypothese ist auf Grund der genannten Überlegungen plausibel, insoweit Krankenhäuser bei privat Versicherten höhere Einnahmen erzielen, das Krankenhaus nicht aufgrund freier Kapazitäten ohnehin alle Patienten aufnehmen kann und die Patienten die Wahl zwischen mehreren Krankenhäusern haben, unter denen sie ein Haus mit kurzer Wartezeit bevorzugen.

Das erste Ergebnis der empirischen Studie ist, dass bei drei Vierteln der Anfragen die Krankenhäuser bei der Terminvergabe den Versichertenstatus gar nicht abfragen. In diesen Fällen wird bei der Terminvergabe grundsätzlich nicht zwischen gesetzlich und privat Versicherten diskriminiert. Im letzten Viertel wird vor der Terminvergabe nach dem Versichertenstatus gefragt. In dieser Gruppe liegt die Wartezeit von privat Versicherten tatsächlich signifikant unter der der gesetzlich Versicherten. Der Verdacht einer Diskriminierung bei der Wartezeit im stationären Bereich wird für diese Teilgruppe der Anfragen bestätigt.

Ein wichtiges Ergebnis der Studie ist in diesem Zusammenhang, dass die Krankenhäuser bzw. Krankenhaus-Abteilungen, die nicht nach dem Versichertenstatus fragen, eine deutlich niedrigere Wartezeit aufweisen. Auch zeigt sich, dass bei Krankheiten, bei denen die Wartezeit kurz ist, signifikant seltener nach dem Versichertenstatus gefragt wird. Dies bestätigt die Vermutung, dass nur Krankenhäuser bzw. Krankenhaus-Abteilungen mit knappen Kapazitäten zu dem Mittel der Diskriminierung nach Versichertenstatus greifen, während dies für Häuser und Abteilungen mit ausreichenden oder freien Kapazitäten keine Rolle spielt.

Entsprechend der oben gegebenen Überlegungen könnte zusätzlich untersucht werden, ob die Diskriminierung in Orten mit mehreren konkurrierenden Krankenhäusern größer ausfällt als in Orten, wo nur ein Krankenhaus existiert, das folglich alle Patienten der Region - früher oder später - ohnehin aufnimmt.

3. Fallpauschale und Wartezeit

Die zweite Hypothese besagt, dass die Wartezeit bei Diagnosen mit geringer Fallpauschale niedriger ausfällt. Dies ist theoretisch fraglich, denn für die Krankenhäuser ist nicht eine hohe Fallpauschale als solche interessant. Schließlich stehen bei Krankheiten mit hoher Fallpauschale dieser auch höhere Kosten gegenüber. Plausibel wäre es eher, dass Krankenhäuser Patienten mit solchen Krankheiten bevorzugen, bei denen die Fallpauschale deutlich über den entstehenden variablen Kosten liegt.

In der empirischen Studie zeigt sich, dass die drei abgefragten Diagnosen tatsächlich von signifikanter Bedeutung für die Dauer der Wartezeit sind. Wie lange man auf einen Platz im Krankenhaus warten muss, hängt davon ab, welche Krankheit man hat. Allerdings sind die Wartezeiten bei den drei Diagnosen nicht mit der Höhe der jeweiligen Fallpauschalen korreliert. Obwohl unter den drei hier gewählten Beispielen bei Krebsverdacht die Fallpauschale am niedrigsten ist, liegt diese Diagnose bei der Wartezeit auf Platz zwei.

Möglicherweise liegt dies tatsächlich daran, dass die Differenzen zwischen Fallpauschale und Kosten bei den Krankheiten voneinander abweichen, was die Autoren im Schlusskapitel mit dem Verweis auf mögliche Unterschiede im Deckungsbeitrag bemerken. Damit wären die Fallpauschalen falsch kalkuliert, würden also nicht die tatsächlichen Kostenrelationen zwischen verschiedenen Krankheiten korrekt abbilden und damit zu einer Diskriminierung nach Krankheit führen. Eine andere Erklärung könnte sein, dass die Kapazitäten für bestimmte medizinische Fachrichtungen im ganzen Land nicht proportional zum Auftreten der betreffenden Krankheiten aufgebaut wurden und folglich bei bestimmten Diagnosen größere Engpässe bestehen als bei anderen. Dies kann aber auch von den Fallpauschalen abhängen: Bei Diagnosen, bei denen die Fallpauschalen die variablen Kosten am stärksten überschreiten (die

Deckungsbeiträge am höchsten sind), ist der Anreiz besonders groß, zusätzliche Kapazitäten zu schaffen.

4. Trägerschaft und Wartezeit

Die dritte Hypothese besagt, dass die Wartezeit in privaten Krankenhäusern niedriger ist als in öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäusern. Die Autoren begründen dies mit der Annahme, dass private Krankenhäuser als Gewinnmaximierer anzusehen sind. Man könnte dies als Teilaspekt der Frage ansehen, ob private und nach Gewinn strebende Krankenhäuser generell eine bessere Qualität anbieten. Die empirische Untersuchung zeigt, dass die Wartezeit tatsächlich bei privaten Krankenhäusern niedriger ist als bei freigemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäusern. Zusätzlich verweisen die Autoren darauf, dass private Krankenhäuser signifikant seltener den Versichertenstatus abfragen, sodass möglicherweise auch eine Erklärung der kürzeren Wartezeiten in mehr freien Kapazitäten bei privaten Krankenhäusern zu finden ist, was noch überprüft werden könnte.

Das deutsche Gesundheitswesen ist geprägt von dem Dualismus aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Die Frage sowohl nach der Effizienz als auch nach der Gerechtigkeit eines solcherart zweigeteilten Krankenversicherungsmarktes stellt sich weiterhin. Die Studie liefert zu dieser Debatte einen wichtigen, differenzierten und empirisch fundierten Beitrag. Sie zeigt, dass unter bestimmten Bedingungen eine Diskriminierung gesetzlich versicherter Patienten bei der Wartezeit auf einen Platz im Krankenhaus theoretisch plausibel und empirisch nachweisbar ist.

Versicherung und Primärprävention: Grundsätzliche Ansatzpunkte und empirische Aspekte

Udo Schneider, Jürgen Zerth

	Seite
<i>Abstract</i>	76
1. <i>Motivation der Fragestellung</i>	76
2. <i>Das theoretische Modell</i>	77
3. <i>Empirische Untersuchung</i>	82
4. <i>Ausblick und offene Fragen</i>	86
<i>Literaturverzeichnis</i>	87

Abstract

Die Frage, wie der Zusammenhang zwischen Versicherungsparametern und primären Präventionsaktivitäten ausgestaltet ist, gerät in der bisherigen Literatur im Allgemeinen zu kurz. Diese Feststellung aufgreifend untersucht das Papier anhand eines Prinzipal-Agenten-Modells die Anreizumgebung für einen Versicherer und einen Patienten, für die beide die Informationsverteilung über Primärpräventionsaktivitäten nicht vollständig gegeben ist. Im theoretischen Modell zeigt sich einerseits der erwartete substitutive Zusammenhang zwischen Versicherungsumfang und Präventionsaktivität. Andererseits kann die Präventionsaktivität erhöht werden, wenn finanzielle Anreize und eine verbesserte Informationsumgebung gleichzeitig einwirken. Die empirische Untersuchung verdeutlicht den Einfluss der Informationsverteilung bei Patienten, die vor der Entscheidung stehen, mit dem Rauchen aufzuhören. Auch wenn in Deutschland durch die obligatorischen Vorgaben im Rahmen der GKV die Versicherungsparameter noch nicht so wirken können wie theoretisch erwartet, zeigen die empirischen Ergebnisse einen deutlichen Zusammenhang zwischen finanziellen Anreizmotiven und der korrespondierenden Informationsumgebung.

1. Motivation der Fragestellung

Die theoretische Literatur im Zusammenhang mit Primärprävention ist im Vergleich zu Aufsätzen mit dem Schwerpunkt "Screening-Strategien" tendenziell als gering einzuschätzen. Traditionelle theoretische Ansätze, die verhaltensabhängige Prävention untersuchen, greifen in der Linie von Becker, Murphy (1988) an Suchtphänomenen an. In der jüngeren Zeit sind Diskussionen zu Zeitinkonsistenzen bei Präventionsaktivitäten dazugekommen (vgl. Kan 2005), was insbesondere den intertemporalen Zusammenhang zwischen Präventionsverhalten heute und potenziellen Gesundheitsschaden morgen verdeutlichen hilft. Eine explizite

Auseinandersetzung mit versicherungsbasierten Ansätzen von Prävention lässt sich jedoch nicht konstatieren.

Einige Arbeiten fokussieren den Einfluss von Managed-Care-Organisationen auf das Präventionsverhalten. Miceli, Heffley (2002) oder auch Barigozzi (2004) problematisieren die Frage, welche Kapazitäten ein Versicherer vorhalten muss, wenn Präventionsstrategien teilweise substitutiv zu kurativen Therapieansätzen gerechnet werden. Damit wird das Problem einer partiellen Wechselwirkung zwischen Präventionsförderung einerseits und Moral-Hazard-Phänomenen andererseits deutlich.

Vor dem Hintergrund der Literatur mit besonderer Berücksichtigung der Aspekte strukturierter Behandlungsprogramme lassen sich folgende Fragestellungen für eine wissenschaftliche Auseinandersetzung problematisieren:

- Ist es plausibel, dass die Präventionsentscheidung des Versicherten sowohl vom Umfang der Versicherungsdeckung als auch von der Verteilung der Information über die Präventionsaktivitäten zwischen dem Versicherten und der Versicherung abhängig ist?
- Wie lässt sich bei verzerrter oder beeinträchtigter Information ein optimales Maß an Präventionsaktivitäten ableiten?

Beiden Ansatzpunkten ist gemein, inwiefern der einzelne Patient die Beeinträchtigung seines Gesundheitszustandes falsch einschätzt und insbesondere die Kosten fehlender Präventionsaktivitäten unterschätzt. In diesem Zusammenhang sind Ansatzpunkte der Risikoteilung zwischen Patient und Versicherung interessant, insbesondere wenn angenommen werden kann, dass in der Zukunft Formen von Disease-Management und Care-Management im deutschen Gesundheitswesen an Bedeutung gewinnen werden.

2. Das theoretische Modell

Grundlage ist ein Modell im Zusammenhang einer typischen Prinzipal-Agenten-Beziehung zwischen Versicherer und Versicherten, in dem davon

ausgegangen wird, dass ein Patient in einem längerfristigen Versorgungsprogramm, z. B. Disease Management Programm, eingeschrieben ist. Vor diesem Hintergrund spielt die Auswahlentscheidung (ex ante) und damit adverse Selektion keine Rolle und allein das Verhalten nach Vertragsschluss soll im Vordergrund des Interesses stehen.

Im Fall vollständiger Information zwischen dem Versicherungsunternehmen, das gleichzeitig im Sinne einer Health Maintenance Organisation (HMO) als Leistungserbringer auftritt, und dem Patienten, lässt sich das präventive Verhalten des Patienten perfekt ermitteln und kontrollieren. Im Sinne einer HMO legt der Versicherer auf der Vertragsstufe neben der Prämie (π) (im Sinne einer Pauschalprämie) den Satz der Selbstbeteiligung (β) fest. Nach Stewart (1994) maximiert der Versicherer den Erwartungsnutzen des Patienten über die beiden Zustände krank und nicht-krank gegeben die Nullgewinnbedingung der Versicherung. Im Krankheitsfall erfährt der Patient einen monetären „Gesundheitsschock“ L , der in Abhängigkeit der Behandlung (x) reduziert werden kann. Die Präventionsaktivität (e) kann einerseits die Wahrscheinlichkeit zu erkranken ($p(e)$) reduzieren, erzeugt andererseits aber eine für den Patienten spürbare Nutzeneinbuße $C(e)$. Mit anderen Worten lässt sich das Modell im Fall symmetrischer Information wie folgt beschreiben¹:

$$\begin{aligned} \max_{e, \beta, \pi, x} \quad & EU = p(e)U[W - \pi - L(x) - \beta x] + (1 - p(e))U[W - \pi] - C(e) \\ \text{s.t.} \quad & \pi = p(e)(1 - \beta)x \end{aligned} \quad (1)$$

¹ Zur Vereinfachung soll angenommen werden, die Nutzenfunktion des Patienten ließe sich als additive separabel in Nutzen und Anstrengung durch die Prävention schreiben. Im Krankheitsfall tritt ein „negativer“ monetärer Gesundheitsschock ein, der vom Ausgangsvermögen W_0 abgezogen werden kann. Das komplette Modell lässt sich bei *Schneider, Zerth* (2008) nachlesen.

Die Optimalbedingung lautet:

$$\frac{\partial EU}{\partial e} \Rightarrow p'(e)(U_S - U_H) - p'(e) \quad (2)$$

$$(1 - \beta)x[p(e)U'_S - (1 - p(e))U'_H] = C'(e)$$

Gemäß der Optimalbedingung im symmetrischen Fall der Versicherung (2) wird diese genau das Präventionsniveau (e^*) wählen, für das die Grenzkosten der Prävention dem Grenznutzen entsprechen. Im Fall des symmetrischen Gleichgewichts wird der Patient umfassend behandelt und keine Selbstbeteiligung ist erforderlich, da Moral-Hazard-Verhalten annahmegemäß ausgeschlossen werden kann.

Das Informations- und Kontrollproblem im asymmetrischen Fall

Im Fall asymmetrischer Information tritt notwendigerweise ein Auseinanderfallen der Optimalbedingung (Gleichung 1) auf, so dass die Versicherung das Verhalten des Patienten nicht mehr überprüfen kann. Dieses für ein „Moral-Hazard“-Phänomen typische Ergebnis wird im vorliegenden Modell noch um die für beide Seiten - Patient und Versicherten - gültige Annahme ergänzt, dass eine verzerrte Informationsverteilung über die Effektivität der Prävention die Entscheidungssituation sowohl des Patienten als auch des Versicherten beeinflusst.

Die Versicherung wird daher versuchen, das Verhalten des Patienten zu kontrollieren, wird aber trotzdem nur ein verzerrtes Informationssignal λ ($\lambda \in [0,1]$) der Patientenaktivität erhalten. Mit anderen Worten, kann das Signal λ sowohl patientenseitig durch die eigenen Präventionsaktivitäten als auch versicherungsseitig durch zusätzliche Monitoringaktivitäten beeinflusst werden.

Vor diesem Hintergrund lässt sich die „Effektivität“ der Monitoringaktivitäten durch die Verknüpfung des wahrgenommenen Signals λ mit dem Selbstbeteiligungsparameter β übertragen. Die effektive Selbstbeteiligung des Patienten ist je höher desto größer λ ist, d. h. die Informationsverteilung zwischen Patienten und Versicherten stärker „verzerrt“

ist. Das Monitoring ist daher nur „perfekt“, wenn $\lambda=0$ gilt, was mit der Situation symmetrischer Informationsverteilung zwischen Versicherung und Patient einhergeht und darüber hinaus auch noch eine perfekte Informationskontrolle voraussetzt.

Komparative Statik bezüglich der Patientenaktivität

Im Vergleich zur Situation symmetrischer Informationsverteilung können wir aufgrund der getroffenen Annahmen festhalten, dass der Patient im Gegensatz zur Gleichung 2 den Einfluss seiner Präventionsaktivitäten auf die Versicherung unterschätzt. Darüber hinaus lässt sich zusätzlich konstatieren, dass solange die Informationsverteilung nicht „perfekt“ ist ($\lambda \neq 0$), die Präventionsaktivitäten zwangsläufig niedriger sein werden als im erstbesten Fall² (vgl. Gleichung 3):

$$\frac{\partial EU}{\partial e} \Rightarrow p'(e)(U_S - U_H) - p(e)U'_S \left(\beta \frac{\partial \lambda}{\partial e} x \right) = C' \quad (3)$$

Unter Berücksichtigung des Einflusses der Informationsverteilung λ lässt sich konstatieren, dass bei besserer Information des Versicherten die Intensität der Selbstbeteiligung geringer ausfallen kann („cost-sharing-effect“). Im gegenteiligen Fall einer beidseitigen „Informationsstörung“ sind einerseits höhere Selbstbeteiligungssätze erforderlich und andererseits u. U. andere Kontraktelemente wie etwa Präventionsleitlinien und Disease-Management-Programme notwendig, um ein Präventionsergebnis induzieren zu können.

Diese Schlussfolgerung lenkt die Blickrichtung unmittelbar auf die Ausgestaltung des Versicherungsschutzes. Der traditionellen Moral-Hazard-Literatur folgend liegt die Vermutung nahe, dass mit zunehmendem

² Infolge der asymmetrischen Informationsverteilung lässt sich das Prinzipal-Agenten-Problem als zweistufiges Spiel modellieren. Zunächst können, im Sinne der Methode der Rückwärtsinduktion, die Optimalwerte auf der Patientenstufe ermittelt werden. In einem zweiten Schritt - der in der vorliegenden Betrachtung nicht weiter verfolgt wird - lassen sich die Implikationen für die Versicherungsstufe ermitteln.

Versicherungsschutz der Präventionsanreiz rückgängig wäre. Diese Schlussfolgerung lässt sich im Modell aber nur treffen, wenn die optimale Versicherungsdeckung x^* nicht überschritten ist. Darüber hinaus zeigt sich, dass mit stärkerer Informationsverzerrung die Notwendigkeit einer Erhöhung der Selbstbeteiligungsrate β unterstrichen wird (“coverage-effect”). Mit anderen Worten “sinkt” die Produktivität der Prävention, wenn die Informationsverteilung zwischen beiden Parteien schlechter wird, was die Komplementarität der Informationsverteilung zum Selbstbeteiligungssatz unterstreicht.

Mit dem “cost-sharing-effect” und dem “coverage-effect” wird der Zusammenhang zwischen monetären und nicht-monetären Einflussfaktoren deutlich. Es kann der Versicherung gelingen, durch begleitendes Monitoring die Informationsverteilung zwischen Patient und Versicherung zu verbessern. Die Produktivität des Monitoring- effektes hängt jedoch von der Ausgangsverteilung der Informationsverteilung ab (monitoring-effect). Je schlechter diese ist ($\lambda \rightarrow 1$), desto weniger “effektiv” wirkt ein zusätzliches Monitoring. Darüber hinaus hängt die Effektivität des Monitoring gleichzeitig wiederum von der Akzeptanz durch den Patienten ab, die nicht unabhängig von der Risikoverteilung ist.³

Zwischenergebnis

Das theoretische Modell gibt einen Hinweis auf die Komplementarität zwischen unmittelbar beeinflussbaren und ergänzenden Parametern, die das Präventionsgeschehen beeinflussen. Darüber hinaus wird auch deutlich, dass nicht nur die asymmetrische Informationsverteilung Ursache für ein geringeres Präventionsniveau ist, sondern auch bei verbesserter Information eine vollständige Kontrolle des Präventionsengagements nicht möglich ist, was u.

³ Der Patient kann die Managementaktivitäten der Versicherung als Signal für die Anstrengungen des Versicherers interpretieren, die Monitoringaktivitäten zu erhöhen oder zu reduzieren.

U. mit dem intertemporalen Aspekt und der Unsicherheit über die zukünftige Gesundheit von Prävention zusammenhängt. Als Zwischenfazit lässt sich festhalten, dass ein Präventionsprogramm mit 1 ein beidseitig wirksames „Commitment“ notwendig macht.

3. Empirische Untersuchung

Die Ergebnisse der theoretischen Auseinandersetzung haben die Bedeutung der gleichzeitigen Einflussnahme monetärer und nicht-monetärer Versicherungsparameter auf das Präventionsverhalten offen gelegt. Die empirische Analyse anhand von Längsschnittdaten konzentriert sich auf die zweite Stufe des Modells und damit auf die Patientenentscheidung für Prävention. Im Detail ist es das Ziel, nachzuvollziehen, inwiefern individuelle Einflussgrößen, die mit der individuellen Informationsverteilung korrespondieren, und Versicherungsparameter auf eine längerfristige Präventionsentscheidung Einfluss nehmen können. Zur Verdeutlichung des Präventionsproblems und unter Berücksichtigung der Datenbasis konzentriert sich die empirische Untersuchung auf das Raucherverhalten, genauer auf die Entscheidung während einer definierten Zeitperiode mit dem Rauchen aufzuhören. Gemäß der theoretischen Ausarbeitung können zwei Hypothesen für die empirische Überprüfung formuliert werden:

1. Die Versicherungsparameter beeinflussen die Entscheidung mit dem Rauchen aufzuhören.
2. Der Gesundheitszustand und der Informationszustand der Patienten korrespondieren unmittelbar mit den Präventionsaktivitäten.

Als Datenbasis fungiert das deutsche Sozioökonomische Panel (SOEP). Informationen über das Rauchverhalten lassen eine Längsschnittsanalyse am besten zu. Die Entscheidung, mit dem Rauchen aufzuhören, kann daher als Proxy für selbstverantwortliches Verhalten deklariert werden. Die

grundsätzliche Übertragbarkeit des theoretischen Modells auf das Raucherverhalten ist plausibel, da in Disease-Management-Programmen, z. B. im Zusammenhang mit COPD oder koronarer Herzkrankheit, eine Raucherprävention durchaus Element einer Versicherungsleistung sein kann.

Daten und Schätzmethoden

Die Daten des Sozioökonomischen Panels geben einen Längsschnitt der privaten Haushalte in Deutschland wieder. In der Untersuchung fließen Daten im Zeitraum von 1995 bis 2002 ein. 1995 konnten gemäß der Einschlusskriterien der Stichprobe 1.470 Raucher identifiziert werden, eine Zahl die sich im Jahr 2002 auf 1.218 Raucher reduziert hat. Folglich haben im Betrachtungszeitraum 271 Personen mit dem Rauchen aufgehört.

Die erklärenden Variablen können in drei Kategorien unterteilt werden. Die erste Kategorie umfasst prädisponierende Kriterien wie Geschlecht und Nationalität. Darüber hinaus lassen sich Alter und Familienstand integrieren. Zweitens sind sozioökonomische Variablen, insbesondere das Haushaltseinkommen zu berücksichtigen. Zum Ausgleich der Schiefe in der Einkommensverteilung findet das logarithmierte Haushaltsäquivalent-einkommen Verwendung. In die Kategorie sozioökonomischer Variablen sind darüber hinaus Angaben zum Bildungsstand sowie Angaben zur individuellen Arbeitsbelastung berücksichtigt.

Die dritte Kategorie kennzeichnet Gesundheits- und Versicherungsvariablen. Da im Sozioökonomischen Panel der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand erhoben wird und diese Angaben u. U. verzerrt sind, wird eine separate Ordered-Probit-Schätzung für jedes Jahr vorgenommen, um den "reporting bias" aufzuheben. Dieses Vorgehen erlaubt auf Grundlage der persönlichen Charakteristika wie Alter und Schulbildung sowie der Integration von Indikatoren, die persönliches Wohlbefinden abbilden, einen Gesundheitskapitalstock mit dem Mittelwert null und der Standardabweichung von eins zu berechnen (vgl. Disney et al. (2006) u. Hagan et al. (2006)). Ein Individuum

mit einer positiven Bewertung hat einen “besseren” Gesundheitskapitalstock als andere Personen im gleichen Bezugsjahr. Anhand des Gesundheitskapitalstocks und der prädisponierenden Werte sowie der Familienvariablen und sozioökonomischen Faktoren lässt sich eine Abschätzung bezüglich erklärender Faktoren für die Entscheidung ermitteln, mit dem Rauchen aufzuhören. Von besonderem Interesse ist aufgrund der theoretischen Ergebnisse der Einfluss der Versicherungsvariablen. Im Datensatz wird jedoch lediglich hinsichtlich des Versicherungsstatus unterschieden. Methodisch wird dies über eine diskrete proportionale Hazard-Regression (vgl. Jenkins (1995)) vollzogen (vgl. Tabelle 1):

Tabelle 1: Ergebnisse der Schätzung

Hazard	Koeffizient	z	P> z 	Hazardrate
Prädisponierende und Familienvariablen				
Alter 31 - 45	0.1907	0.56	0.571	1.2100
Alter 46 - 60	0.7255	1.52	0.131	2.0658
Alter 61 - 75	1.1127**	1.82	0.069	3.0424
Alter >75	1.7531*	1.65	0.103	5.7721
weiblich	-0.3314	-1.10	0.269	0.7179
Lebenspartner	0.2838	0.97	0.330	1.3282
Ausländer	0.4044	0.96	0.336	1.4984
Kinder <16	-0.2211	-0.84	0.396	0.8016
Sozioökonomische Variable				
Ostdeutschland	0.6736*	1.73	0.086	1.9612
Realschule	0.3555	1.03	0.302	1.4269
Abitur	0.4646	1.07	0.273	1.5913
Hochschule	1.1489***	2.57	0.010	3.1546
Äquivalenzeinkommen	-0.1531	-0.49	0.628	0.8580

Ökonomische Sorgen	-0.4344**	-1.88	0.060	0.6476
Arbeitszeit	-0.0330**	-2.04	0.040	0.9675
Arbeitszeit quadriert	0.0007**	2.55	0.011	1.0007
arbeitslos	-0.1850	-0.47	0.638	0.8311
Versicherung und Gesundheit				
PKV	0.1386	0.38	0.703	1.1486
Zusatzversicherung	0.3289	0.94	0.348	1.3895
Gesundheitskapitalstock	-0.2964***	-2.96	0.004	0.7435
Beginn Alter Rauchen	-0.0316	-1.02	0.311	0.9689
Konstante	-2.9011	-1.21	0.223	
D96	0.1276	0.42	0.677	
D97	0.5076	1.35	0.177	
D98	1.0718**	2.34	0.019	
D99	1.2862**	2.29	0.022	
D00	1.9986***	2.94	0.003	
D01	2.8025***	3.19	0.001	
D02	2.0021**	2.06	0.041	
Gammavariablen	13.2575***	2.61	0.000	
LR Test (χ^2)	16.8519***		0.000	

Quelle: *Eigene Berechnungen.*

Interpretation der Ergebnisse

Zunächst lässt sich aus der Tabelle 1 festhalten, dass ein direkter Erklärungsbeitrag der Versicherungsparameter nicht ableitbar ist. Die Begründung kann einerseits darin zu suchen sein, dass der Datensatz kaum Informationen zu expliziten Versicherungsparametern liefern kann und andererseits durch das deutsche System der Gesetzlichen Krankenversicherung ein überwiegender Teil der Bevölkerung in einem Versicherungssystem integriert ist, das hinsichtlich der Präventionsparameter noch keine

Wahlparameter zur Verfügung hat. Vor diesem Hintergrund lassen sich isolierte Effekte bezüglich „cost-sharing-effect“, „coverage-effect“ und „monitoring-effect“ noch nicht analysieren. Wirkungen von Selbstbeteiligungen können im deutschen System kaum untersucht werden, da sie sowohl im GKV als auch PKV eine im internationalen Vergleich untergeordnete Rolle spielen.

Trotzdem zeigen die Schätzergebnisse signifikante Einflussfaktoren bezüglich des Alters, dem Bildungsstand, dem Gesundheitsstatus und der Arbeitsumgebung. Einerseits steigt die Bereitschaft mit dem Rauchen aufzuhören mit dem Alter an, andererseits ist die Bereitschaft mit besserem Gesundheitskapitalstock geringer, was mit einem geringeren unmittelbaren gesundheitlichen Druck interpretiert werden kann. Die Dummy-Variablen (D96-D02) bilden die Basis-Hazard ab und zeigen einen nicht-monotonen Anstieg. Diese Variablen bilden mögliche regulatorische Effekte wie Preiserhöhungen oder Steuereffekte ab und liefern daher einen zusätzlichen Erklärungsbeitrag, der nicht unmittelbar aus dem Datensatz ableitbar ist. Die Bedeutung der Informationsverteilung lässt sich durch den Einfluss des Bildungsstandes ableiten, der eine höhere Bereitschaft bei Universitätsabgängern zeigt, das eigene Rauchverhalten zu überprüfen.

4. Ausblick und offene Fragen

Die bisherige theoretische und empirische Analyse hat die Annahme vorausgesetzt, dass der Patient in der Lage ist, sein Präventionsverhalten selbstverantwortlich und rational zu kontrollieren. Diese Annahme geht aber nicht mit der Vorstellung konform, dass Präventionsaktivitäten selbst mit Aufwand und damit mit Nutzeneinbußen verknüpft sein können.

Insbesondere Arbeiten von Cohen, Mooney (1984) haben bereits zwischen dem Nutzen im Gebrauch von Präventionsmaßnahmen und den erwarteten Nutzen durch Prävention unterschieden. Letztgenannte Ideen korrespondieren mit Ansätzen der Zeitinkonsistenz im Konsumverhalten und wären daher ein

interessanter Ansatzpunkt für eine weiterführende Betrachtung. Insbesondere der Zusammenhang zwischen der Höhe der Selbstbeteiligung und der korrespondierenden Informationsverteilung im zeitlichen Gefüge bieten einen Ansatzpunkt der Diskussion. Dabei ist es auch interessant, inwiefern präventionsorientierte Anreize besser über die ex ante erhobene Prämie eingefangen werden kann und nicht erst ex post über Selbstbeteiligungsregelungen. Dieser Aspekt gewinnt insbesondere im Wettbewerb unterschiedlicher Managed-Care-Modellen an Interesse, wenn die Problematik der Risikoteilung zwischen Versicherung und Patienten näher diskutiert wird.

Literaturverzeichnis

- Barigozzi, F.* (2004), Reimbursing preventive care, in: *The Geneva Papers on Risk and Insurance Theory* 29; S. 165-186.
- Becker, G., Murphy, K.* (1988), A Theory of Rational Addiction, in: *Journal of Political Economy* 26, S. 675-700.
- Coben, D., Mooney, G.* (1984), Prevention goods and hazards goods - a taxonomy, in: *Scottish Journal of Political Economy* 31, S. 92-99.
- Disney, R., Emmerson, C., Wakefield, M.* (2006), Ill Health and Retirement in Britain: A Panel Data-based Analysis, in: *Journal of Health Economics* 25, S. 621-649.
- Ellis, R. P., McGuire, T. G.* (1990), Optimal Payment Systems for Health Services, in: *Journal of Health Economics* 19, S. 375-396.
- Hagan, R., Jones, A. M., Rice, N.* (2006), Health and Retirement in Europe, Health, Econometrics and Data Group Working Paper 06/10, University of York.
- Jenkins, S. P.* (1995), Easy Estimation for Discrete-Time Duration Models, in: *Oxford Bulletin of Economics and Statistics* 57, S. 129-138.
- Jenkins, S. P.* (1998), Discrete Time Proportional Hazards Regression, in: *The Stata Technical Bulletin Reprints* 7, S. 109-121.

- Kan, K.* (2007), Cigarette Smoking and Self-Control, in: *Journal of Health Economics* 26, S. 61-81.
- Miceli, T. J., Hefley, D.* (2002), Do HMOs Encourage Prevention? An Analysis of Alternative Health Care Plans, in: *Contemporary Economic Policy* 20, S. 429-439.
- Schneider, U., Zerth, J.* (2008), Improving prevention compliance through appropriate incentives, *Discussion Papers in Economics*, University of Bayreuth, forthcoming.
- Stewart, J.* (1994), The Welfare Implications of Moral Hazard and Adverse Selection in Competitive Insurance Markets, in: *Economic Inquiry* 32, S. 193-208.

Koreferat zum Beitrag von Udo Schneider und Jürgen Zerth „Versicherung und Primärprävention: Grundsätzliche Asatzpunkte und empirische Aspekte“

Sebastian Jaenichen

Seite

1.	<i>Theorieteil des Beitrages</i>	90
2.	<i>Empirieteil des Beitrages</i>	92

1. Theorieteil des Beitrages

Die Autoren der vorstehenden Untersuchung problematisieren die Frage nach dem Zusammenhang zwischen dem Vorbeuge- und Vorsorgeverhalten eines Krankenversicherten und den Anreizen, die für dieses Verhalten von den Abreden eines Krankenversicherungsvertrages ausgehen können. Der Aufsatz kann daher als Beitrag zu der Debatte um Kostendämpfung im Gesundheitssektor durch intelligente Präventionsanreize, die vermutlich von Selbstbeteiligungsarrangements ausgehen, aufgefasst werden. Konkret geht es den Autoren um den Einfluss der Krankenversicherung und deren vertragliche Ausgestaltung sowie den Einfluss variabler Informationsnachteile des Anbieters von Krankenversicherung in Hinblick auf das Problem opportunistischen oder auch nur kurzsichtigen Vorbeugeverhaltens von Krankenversicherten. Diese Frage scheint wegen des Gegenstandes der Prävention, nämlich die Wahrscheinlichkeit eines Krankenversicherten zu erkranken, zunächst verwunderlich, möchte man doch meinen, dass Gesundheitsvorsorge ein einigermaßen versichertenpezifisches Maßnahmenbündel umfasst, dass sich einer Kodifizierung in einem vielen Nachfragern nach Krankenversicherung zugänglichen standardisierbaren Vertragsabschluss entzieht. Gleich zu Beginn ihrer Darstellung betonen die Autoren daher zurecht, dass die Integration von Vorbeugeanreizen in einen Krankenversicherungsvertrag eher zu einem integrierten Konzept der Gesundheitsversorgung passt, in dem Leistungserbringer und Versicherer als monolithischer Vertragspartner eines Nachfragers nach Krankenversicherung auftreten.

Die Darstellung führt zunächst vor Augen, wie die Existenz von Informationsasymmetrien zwischen Versicherungsanbieter und -nachfrager die optimale Vorsorgebereitschaft eines Nachfragers nach Krankenversicherung beeinflusst. Diese Möglichkeit des Auseinanderfallens der Vorbeugeaktivität zwischen der Welt mit vollständiger Transparenz und jener, in der dem Versicherten verborgene Aktivitäten möglich sind, rührt von den Kosten der

Prävention her, die dem Nachfrager nach Krankenversicherung eine Nutzeneinbuße aufbürden. Allerdings kommt es hier zu einer Überfrachtung des zur Beschreibung des Grades an Transparenz eingeführten Parameters λ , weil dieser scheinbar nicht nur den Informationsnachteil des Versicherers, sondern zugleich des Versicherten abbilden soll. Zumindest lässt die Herleitung eines „cost-sharing-effect“, der in einer geringeren Selbstbeteiligung bei besserer Information des Versicherten besteht, dies vermuten. Das Problem könnte dadurch fasslicher strukturiert werden, dass man eine eigene Variable für die Wissensnachteile des Versicherten wählt, die sich auf die Produktivität seines „effort“ zu Vorbeugezwecken beziehen. Schließlich ist kurzsichtiges Vorbeugeverhalten, dass auf einen Wissensmangel gründet von opportunistischem Verhalten zum Nachteil des Versicherers, das auf einem Wissensvorsprung gründet, zu trennen.

Dem grundlegenden Fazit, dass es möglich und unter Umständen sinnvoll ist, Vorbeugeanreize über die Abreden eines Vertrages zum Krankenversicherungsschutz zu vermitteln und hierbei den Grad an Symmetrie im Wissen über die Vorbeugeaktivität zu berücksichtigen, ist zuzustimmen. Fraglich scheint allerdings die quantitative Bedeutung solcher Arrangements für die Effizienz des Gesundheitssektors. Die Autoren scheinen die Moral-hazard-Problematik recht flink und ohne Scheu vor etwaigen Besonderheiten des Gesundheitsmarktes auf ihren Gegenstand anzuwenden. Über die Relevanz des Moral-hazard-Phänomens im Bereich von Krankenversicherungen könnten ausführlichere Vorüberlegungen nützlich sein, damit die Bedeutung des Beitrages nicht deshalb unterschätzt wird, weil der „monetäre Gesundheitsschock“ (L) einer Erkrankung für sich genommen als zu gravierend eingeschätzt wird, um ein ernsthaftes Moral-hazard-Problem zuzugestehen. Hier könnte der Hinweis auf etwaige Krankheitsgewinne (morbid gain) und die entsprechende Literatur eventuell etwas Argumentationshilfe liefern.

Ein noch grundsätzlicherer Einwand gegen die Stärkung disziplinierender Vorbeugeanreize im Gesundheitssystem könnte auf das (freilich außerhalb der Ökonomik beheimatete) Argument gründen, dass alle Hinweise auf die Schuld eines Kranken an seiner Krankheit (Stigmatisierungseffekt) eine entsolidarisierende Wirkung in der Gesellschaft auszulösen im Stande sind. Eingedenk der systematischen, einer Kollektivgutcharakteristik zuzuschreibenden Unterversorgung jeder Gesellschaft mit solidarischer Fürsorge, scheint Vorsicht bei der Suche nach einem Mehr an individueller Äquivalenz zwischen (Kranken-)Versicherungsbeiträgen und -Leistungen geboten.

2. Empirieteil des Beitrages

Es liegt bei diesem Präventionsthema nahe, eine Anwendung verhaltensbezogener Ausgestaltung von Krankenversicherungsverträgen in der (beobachtbaren) Konsumaktivität die Erkrankungswahrscheinlichkeit beeinflussender Genussmittel zu suchen. Die Autoren benutzen Daten des Sozioökonomischen Panels, um den Zusammenhang zwischen der Wahrscheinlichkeit, sich in einem bestimmten Zeitraum (1995-2002) den Genuss von Tabakprodukten endgültig zu versagen, als Proxy für eine Präventionsentscheidung und dem Status ihrer Versicherung als Proxy für die Möglichkeit, dass der Versicherungsvertrag Selbstbeteiligungs- und mithin Anreizbestandteile enthält, zu untersuchen. Trotz aller offenkundigen und eingestandenen Probleme der Verlinkung von Theorie und Empirie des Beitrages passen einige der empirischen Resultate zu den Thesen, die bei der Besprechung des Modells eine Rolle spielten. So scheint die Präventionsaktivität vom Bildungsniveau der Versicherten abhängig zu sein. Dies lässt erkennen, dass das Wissensproblem in einem Krankenversicherungsverhältnis tatsächlich ein beidseitiges sein kann. Allerdings steht hier sofort die Frage auf, ob die recht abstrakte, weil auf einem impliziten ökonomischen Anreizmechanismus basierende, präventive

Wirkung einzelner Vertragsabreden seitens tendenziell schlechter ausgebildeter Versicherter hinreichend gut erkannt wird, um eine Verhaltensbeeinflussung hervorzurufen. Es ist also fraglich, ob gerade jene Versicherte, für die Anreize zur Primärprävention innerhalb ihres Versicherungsvertrages angedacht werden, hierauf reagieren. Andernfalls verursacht eine Verstärkung von ökonomischen Anreizen zur Primärprävention lediglich eine verteilungspolitisch regressive Wirkung, eine Wirkung also, deren ohnehin alle Vorschläge zu einem Mehr an Äquivalenz in den Krankenversicherungen verdächtig sind. Ironischerweise zeigen die Schätzergebnisse der Studie, dass sich gesund führende Versicherte tendenziell weniger geneigt sind, Primärprävention zu betreiben. Die tendenziell besseren Risiken würden von Versicherern, die auf Anreize zur Primärprävention setzen, also dann vertrieben, wenn das schädigende Verhalten selbst, und nicht der Schaden (qua Selbstbeteiligung) bestraft werden.

In ihrer Schlussbetrachtung gehen die Autoren auf etwaige konsumtive Nutzenwirkungen von Primärprävention ein. Dies eröffnet die Aussicht auf einen gänzlich anderen Weg Primärprävention zu fördern: Die Etablierung von Anreizen durch positive Sanktionen, etwa die Subventionierung von Präventionsmaßnahmen mit positiver (konsumtiver) Nutzenstiftung.

Replik zum Koreferat von Sebastian Jaenichen zum Beitrag von Udo Schneider und Jürgen Zerth „Versicherung und Primärprävention: Grundsätzliche Ansatzpunkte und empirische Aspekte“

Udo Schneider, Jürgen Zerth

Im Koreferat wird zurecht das Spannungsverhältnis zwischen verdeckter Handlung und zugrunde liegender Informationsverteilung im Versicherungsvertrag angesprochen und vor diesem Hintergrund auch die Problematik der Bewertung von Präventionsaktivitäten herausgestellt, die einerseits in versteckten Vorbeugeaktivitäten, andererseits in nachträglicher Reduktion des Anstrengungsniveaus deutlich wird. Im theoretischen Teil des Papiers wird dieses Spannungsverhältnis durchaus deutlich und die Abgrenzung der beidseitigen Informationsverteilung mit dem Parameter λ kann dieser Informationsverteilung, die darüber hinaus nicht zeitveränderlich abgebildet wird, nur partiell gerecht werden.

Vor diesem Hintergrund ist es die Aufgabe weiterer Forschungsaktivitäten, die Zusammenhänge zwischen der Informationsverteilungsaspekten im Sinne „wahrgenommener“ Information und den Auswirkungen auf das zweitbeste Präventionsverhalten sowohl theoretisch als auch empirisch stärker herauszuarbeiten. Gleichwohl greift die Kritik ins Leere, es würde nur unzureichend zwischen kurzsichtiges Vorbeugeverhalten und opportunistischem Verhalten des Versicherten unterschieden. Der Problembereich der Untersuchung liegt in der Auseinandersetzung der primären Präventionsaktivität, die per se immer unzureichend kontrollierbar sein wird, sogar im erstbesten Fall. Die Problematik des opportunistischen Verhaltens wird aber in der klassischen Literatur auf die Leistungsanspruchnahme bezogen, die im Papier mit dem Parameter x abgebildet ist. Dieser klassische Moral-Hazard-Zusammenhang wird aber im

Papier ex ante durch Einführung einer Selbstbeteiligung β bereits konstatiert und es steht insbesondere die Beziehung zwischen Selbstbeteiligungshöhe als indirekter Prämienzuschlag und Präventionsaktivitäten im Fokus. Weiterhin erfolgt im Fall der asymmetrischen Information die Bestimmung des Leistungsumfangs x durch die Versicherung, die zeitgleich Leistungserbringer ist. Eine interessante Fragestellung wäre sicherlich den Zusammenhang zwischen Prävention und klassischen Moral Hazard aufzugreifen, was aber den Modellrahmen sprengen würde.

Zu Recht weist der Korreferent auf den schwierigen Zusammenhang hin, die theoretisch erarbeiteten Effekte (cost-sharing-Effect, coverage-Effect and monitoring-Effect) durch die empirische Analyse unmittelbar nachzuweisen. Dies wird so bereits im Papier deutlich, da die Datenbasis der deutschen Versicherten infolge der institutionellen Einordnung im Rahmen der GKV kaum wahrnehmbare Versicherungskontakte im Sinne einer theoretisch untersuchten Managed-Care-Umgebung wahrnehmen können. Hier gilt es die Zukunft mit stärkerem Einsatz von Wahlleistungsmodellen genauer zu untersuchen. Gleichwohl gibt die empirische Analyse bereits interessante Basiseffekte wider. In der Tat ist es interessant, dass die Versicherten, die gemäß der Gesundheitsproduktionsfunktion sich als „gesünder“ einschätzen zunächst eine geringere Bereitschaft aufweisen mit dem Rauchen aufzuhören. Gleichwohl gilt es Niveau- von Marginaleffekten zu unterscheiden. „Gesündere“ Versicherte werden bei einem typisch konkav unterstellten Gesundheitsnutzen bei höherem Niveau zunächst nur einen geringeren Grenznutzen des Aufhörens feststellen. Gleichwohl gilt es zu untersuchen, wie sich die Effekte verändern könnten, wenn in der Tat Versicherungsparameter bei tendenziell preisbewussteren Patienten wirken könnten.

**Wieviel Gesundheitsleistungen in der Gesetzlichen
Krankenversicherung sollen es denn sein?
Möglichkeiten einer rationalen Rationierung von
Gesundheitsleistungen durch das Rawlssche
Gesundheitsgüterkonzept**

Torsten Sundmacher

	Seite
<i>Abstract</i>	98
1. <i>Intention</i>	98
2. <i>Anwendung des Rawlsschen Grundgüterkonzepts auf Gesundheitsgüter</i>	99
2.1. <i>Das Konzept der Grundgüter</i>	99
2.2. <i>Grundgüter bei John Rawls</i>	100
2.3. <i>Gesundheitsgrundgüter</i>	104
3. <i>Gesundheitspolitische Implikationen</i>	107
<i>Literaturverzeichnis</i>	110

Abstract

Nicht nur in Zeiten steigender Beitragssätze wird zunehmend diskutiert, welchen Umfang ein gesetzliches Krankenversicherungssystem haben soll. Von besonderer Bedeutung ist hierbei die Frage, welche Leistungen für wen und in welcher Qualität bereitgestellt werden sollen, also wie der Leistungskatalog eines solchen Pflichtversicherungssystems auszugestalten ist. Unter Zuhilfenahme der Rawlsschen Gerechtigkeitstheorie und seines Grundgüterkonzepts werden Kriterien abgeleitet, wie Gesundheitsgrundgüter identifiziert werden können. Solche Grundgüter bilden dann die Basis eines Leistungskatalogs, der ggf. noch ergänzt werden kann. Es zeigt sich, dass bei diesem Vorgehen insbesondere die „richtige“ Ausgestaltung des (politischen) Prozesses der Grundgüterermittlung eine besondere Bedeutung hat.

1. Intention

Wenn in der GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) alle sinnvollen medizinischen Leistungen für alle, zu jeder Zeit und im jeweils gewünschten Umfang verfügbar wären, ohne dass andere durch diese Bereitstellung schlechter gestellt würden, gäbe es kein Problem mit einer Rationierung, da keine Rationierung notwendig wäre. Einen solchen rationierungsfreien Zustand gibt es aber gegenwärtig nicht, es hat ihn auch früher nicht gegeben und es wird ihn mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zukünftig z. B. aufgrund des starken Fortschritts der medizinischen Machbarkeit erst recht nicht geben. Somit ist es notwendig, sich Gedanken darüber zu machen, wie Rationierung in der GKV insbesondere in Form der Ausgestaltung des Leistungskatalogs erfolgen soll, während sich die Frage nach dem „ob“ nicht stellt.

Die Ausgestaltung des Leistungskatalogs einer Pflichtversicherung muss unterschiedliche Aspekte beachten. Bestimmte Leistungen müssen z. B. ggf. staatlich bereitgestellt werden, z. B. da bei ihnen erhebliche Allokationsprobleme zu erkennen sind. Hierzu kann z. B. der Impfschutz

zählen, da hier vom Geimpften positive externe Effekte auf alle anderen nicht Geimpften ausgehen, die nun ohne eigene Kosten ein geringeres Ansteckungsrisiko haben. Neben solchen Allokationsaspekten, die in „reiner Form“ im Gesundheitssystem nicht herausragend bedeutsam sind, spielen distributive Begründungen in der öffentlichen Auseinandersetzung eine bedeutsame Rolle. Gesundheit ist in dieser Sichtweise ein besonderes Gut, für dessen Verteilung Gerechtigkeitskriterien jenseits reiner Leistungsgerechtigkeit herangezogen werden sollen.

Eine Möglichkeit, sich dieser besonderen Gutseigenschaft von (einigen) Gesundheitsgütern zu nähern, bietet das Grundgüterkonzept, wie es beispielsweise von John Rawls vertreten wird. Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob dieses Grundgüterkonzept geeignet ist, die Ausgestaltung des Leistungskatalogs der GKV zu rationalisieren, also die bisher häufig stark plakativ geführte Diskussion um die Frage, welche Leistungen ein staatliches Pflichtversicherungssystem anbieten soll, stärker zu strukturieren und mit Argumenten zu unterfüttern.

2. Anwendung des Rawlsschen Grundgüterkonzepts auf Gesundheitsgüter

2.1. Das Konzept der Grundgüter

Güter, denen generell eine prioritäre Bedeutung zukommt, sind ein verbreitetes Konzept in der (Sozial-)Philosophie und auch in der Psychologie. Solche besonderen Güter werden z. B. bezeichnet als transzendente Güter, da sie die Bedingung der Möglichkeit für die Nutzenstiftung anderer Güter sind, als konditionale Güter oder eben als Grundgüter. Es bestehen gewisse Ähnlichkeiten zu Hierarchien von Bedürfnissen und entsprechenden Gütern zu ihrer Befriedigung (klassisch: Maslow 1943) - bevor Bedürfnisse einer höheren Stufe entstehen, müssen diejenigen einer unteren Ebene erst in einem gewissen Umfang erfüllt sein (die Befriedigung von Primärbedürfnissen ist die Bedingung für Bedürfnisse höherer Ordnung). I. d. R. finden sich bei den

sozialphilosophischen Ansätzen kaum Konkretisierungen des Grundgüterverständnisses oder Operationalisierungen, die zu ihrer Unterscheidung von „normalen“ Gütern genutzt werden könnten. In der psychologischen Forschung existieren zwar solche „Güterlisten“ - ihre Unterschiede sind jedoch je nach Forschungsdesign sehr groß, sodass sie nicht verallgemeinerungsfähig zu sein scheinen (vgl. z. B. Frame 1996). Etwas konkreter als in der Sozialphilosophie sonst üblich wird der Grundgüterbegriff im Werk von John Rawls behandelt. Wesentliches Ziel von John Rawls ist die Entwicklung einer Gerechtigkeitstheorie, die zur Beurteilung (und Ausgestaltung) einer Gesellschaft (oder eines teils wie z. B. des gesetzlichen Gesundheitssystems) verwendet werden kann.

2.2. Grundgüter bei John Rawls

Ein (erster) Operationalisierungsansatz im Werk von John Rawls bestimmt im Anschluss an die Aristotelische Ethik Grundgüter als Voraussetzung für ein geglücktes Leben.¹ Sie sind die notwendige Bedingung für die Verwirklichung der konkreten Lebenspläne der Gesellschaftsmitglieder. Diese Grundgüter behandelt Rawls in seiner „schwachen Theorie des Guten“. Schwach ist sie, da sie keine starke (also individuelle) Vorstellung vom Guten beinhaltet - hierüber befinden nur die Individuen mit ihren jeweiligen heterogenen Präferenzen. Grundgüter hingegen sind die Voraussetzung, damit Individuen überhaupt Präferenzen für allgemeine Güter entwickeln können; sie sind „verallgemeinerte Mittel“. Allerdings hat der Verweis auf den Vorbedingungscharakter den Nachteil, unpräzise und sehr wenig selektiv zu sein. So sind z. B. Nahrungsmittel in diesem Sinne eine Vorbedingung (sogar für Leben überhaupt).

¹ Zu Änderungen der Grundgüterkonzeption vgl. insbesondere *Rawls* (1980), S. 515-572, *Rawls* (1982), S. 162 u. S. 165 f., *Rawls* (1993), S. 181 f.; siehe hierzu auch *Hinsch* (1992), S. 36-44.

Auch aus diesem Grund der schweren Fassbarkeit hat Rawls später seine Grundgüterbestimmung geändert. Diese Güter sind nun die Voraussetzung dafür, dass Individuen moralische Personen sein können (Rawls 1980) - nur mit Grundgütern können sich Menschen somit zu einer moralischen Person entwickeln. Was sind nun moralische Personen? Rawls nennt hierfür drei Bedingungen. Erstens verfügt eine moralische Person über die Anlage zu einem wirksamen Gerechtigkeitssinn. Hiermit ist die Fähigkeit gemeint, Gerechtigkeitsgrundsätze zu verstehen und sie anzuwenden. Somit sind Kindern noch keine, Alzheimer-Patienten u. U. nicht mehr moralische Personen. Zweitens besitzt sie die Befähigung, eine Konzeption des Guten - also eine Rangordnung von Präferenzen - auszubilden, zu revidieren und rational zu verfolgen. Drittens hat eine moralische Person eine persönliche Konzeption des Guten. Ökonomisch ausgedrückt hat sie also Präferenzen, die sie dann entsprechend der zweiten Bedingung ordnen können muss. Dabei kann die Konzeption des Guten individuell sehr unterschiedlich sein.

Für die zweite und dritte Bedingung sind Grundgüter nur mittelbar notwendig. Gerade ihre zu geringe Ausstattung (die zur Missachtung der eigenen Anstrengungen, zur Ausgrenzung und zum Verlust von Handlungsmöglichkeiten durch existentielle Not führen kann) kann die Rationalität der Zielverfolgung und das Bewusstsein für die eigene Präferenzordnung schärfen. Hier entsteht dann allerdings eher ein Serientäter, denn eine moralische Person im Sinne Rawls'. Für die erste Bedingung ist der Einfluss von Grundgütern zumindest in der Rawlsschen Sichtweise sehr eindeutig. Die Entwicklung eines Kindes zu einer Person, die eigene Gerechtigkeitsvorstellungen herausbildet und verfolgt, erfolgt entlang verschiedener Stufen. Sie bedarf einer Sicherung materieller Grundlagen genauso, wie der Erfahrung gesellschaftlicher Achtung seiner Person (um zwei Grundgüter im Rawlsschen Sinne zu nennen).

Allerdings lässt sich ein praktisch anwendbares Diskriminierungskriterium zwischen Grundgütern und allen anderen Gütertypen aus der Verbindung

zwischen Grundgütern und der moralischen Person ebenso wenig gewinnen, wie aus der Definition, Grundgüter seien für ein geglücktes Leben notwendig. Fest steht allerdings zumindest, dass Grundgüter häufig dadurch gekennzeichnet sind, dass ihre Bereitstellung auf sehr unterschiedliche Art und Weise erfolgen kann. So benötigt ein Kind, um durch Grundgüter eine moralische Person zu werden, die Gerechtigkeitsgrundsätze anwendet, nicht Kleidung einer bestimmten Marke oder eine bestimmte Erziehungsmethode. Wichtig ist demnach das Ziel bzw. der Zweck, der mit konkreten, aber sehr verschiedenen Mitteln erreicht werden kann.

Die gleiche Wertschätzung von Grundgütern durch alle in einer Gesellschaft ist eine Folge davon, dass sie von allen für ihr je eigenes, höchst unterschiedliches geglücktes Leben gleichermaßen benötigt werden. Die gleichartige Wertschätzung gibt Hinweise, denen man folgen kann, um auf die Spur von Grundgütern zu kommen.

Wenn nun Grundgüter solche Güter sind, die alle Gesellschaftsmitglieder in gleicher Weise erstreben, dann sollten diese Güter bei Befragungen zu ihrer Wertschätzung eine sehr geringe Varianz bei hohen Werten der Wertschätzung aufweisen. Insofern besteht auch ein empirischer Weg, sich dem zu nähern, was Grundgüter sein können. Allerdings ist die Gleichheit und die Höhe der Wertschätzung eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für ein Grundgut. So hat z. B. Geld als universelles Tausch- und Wertaufbewahrungsmittel vermutlich eine sehr geringe Varianz bei gleichzeitig sehr hohen Werten für die Wertschätzung. Geld ist aber für Rawls sicher nicht notwendig zur Herausbildung einer moralischen Person, denn es kann ohne Probleme durch diejenigen Güter ersetzt werden, gegen die Geld getauscht werden kann.

Dennoch kann dieses Kriterium einige empirische Hinweise geben auf Güter, bei denen sich eine weitere Suche lohnt. Generell dürfte es so sein, dass die Varianz der Wertschätzung „auf höherer Ebene“ geringer wird. Sie wird im Regelfall groß sein bei genau spezifizierten Gesundheitsleistungen (bei denen

die Befragten z. B. eine Vorstellung darüber haben, ob sie diese Leistung benötigen oder nicht). Geringer wird sie hingegen sein bei der Beurteilung abstrakter Güter wie z. B. bei der Erhöhung der Lebenserwartung oder der Steigerung von QUALYs (Quality adjusted life years). Dies deutet wiederum auf den Zusammenhang der Grundgüter mit Zielen hin. Ein Ziel - und damit ein akzeptables Bereitstellungs-niveau der Grundgüter - lässt sich eben mit sehr verschiedenen Mitteln erreichen.

Bei Rawls finden sich schließlich auch einige Hinweise, die in Form von Listen konkretisieren, was Grundgüter sein können. So nennt Rawls erstens mit öffentlichen Ämtern verbundene Vorteile, zweitens Einkommen und Besitz (in lebensnotwendigem Umfang) und drittens die sozialen Grundlagen der Selbstachtung. Dies sind für Rawls diejenigen Ressourcen, die notwendig sind, um aus einem (jungen) Menschen in einer Gesellschaft ein moralisches Wesen zu machen, dass sich (und andere) als Mensch anerkennt.

Generell ist die Liste von Rawls nicht abschließend - Gesundheit kommt explizit nicht vor und seine Einsortierung unter die genannten Beispiele ist keine sehr überzeugende Lösung. Wichtig zu erkennen an der Rawlsschen Liste ist die Bedeutung nicht unmittelbar mit materiellen Vorteilen verbundener Güter. Dies gilt für die Beteiligung am gesellschaftlichen (öffentlichen) Leben ebenso wie für den Zugang zu gesellschaftlichen Institutionen, die Selbstachtungsherausbildung und -stabilisierung fördern.

Aus den vorangegangenen Bestimmungsversuchen von Grundgütern lassen sich einige „Prüfkriterien“ ableiten, die bei der Ausgestaltung des Leistungskatalogs der GKV hilfreich sein können, um aufzunehmende Gesundheitsgrundgüter zu identifizieren.

1. Grundgüter sind notwendig für ein geglücktes Leben. Dabei spielt die Herausbildung einer moralischen Person und hier besonders die Gewährleistung der Entwicklung und der Anwendung von Gerechtigkeitsvorstellungen eine große Rolle.

2. Die konkrete Bereitstellung eines Grundguts ist sehr unterschiedlich möglich; somit bestehen erhebliche Substitutionsmöglichkeiten bei den Mitteln. Hieraus folgt weiterhin, dass lediglich relativ abstrakte Fragestellungen mit Hilfe des Grundgüterkonzepts beurteilt werden können. Ob also eine konkrete Operationsleistung in den Leistungskatalog einer GKV gehört, kann es nicht klären.
3. Eine geringere Varianz in der Wertschätzung sowie eine hohe Präferenz sind notwendige Bedingungen für ein Grundgut.
4. Besondere Bedeutung haben immaterielle Grundgüter und hier insbesondere die Beteiligungsmöglichkeit am gesellschaftlichen (öffentlichen) Leben sowie die Implementierung gesellschaftlicher Institutionen, die Selbstachtung herausbilden und stabilisieren können.

2.3. Gesundheitsgrundgüter

Im Folgenden werden zu jedem der vorangehend entwickelten vier Kriterien einige Überlegungen angestellt, welche Gesundheitsleistungen jeweils besonders berührt sein können.

Kriterium 1: Grundgüter sind notwendig für ein geglücktes Leben. Dabei spielt die Herausbildung einer moralischen Person und hier besonders die Gewährleistung der Entwicklung und Anwendung von Gerechtigkeitsvorstellungen eine große Rolle.

Von besonderer Bedeutung ist eine ausreichende Versorgung mit Gesundheitsgütern in der Zeit, in der sich das moralische Vermögen herausbildet. Insofern kann dieses Kriterium so interpretiert werden, dass der Schutz von Kindern und Jugendlichen ein besonderes Gewicht in der GKV bekommen sollte. Ähnlich gelagert sind Fälle „an der Grenze“ beispielsweise bei Personen, die (nach einer Erkrankung) erst wieder den Gebrauch ihres Gerechtigkeitssinnes erlernen müssen. Für diese Personen bedarf es aufgrund

ihrer eingeschränkten Konsumentensouveränität eines besonderen Schutzes, möglicherweise aber auch spezieller Leistungen, die es bisher in der GKV nicht gibt. Zu denken ist hierbei z. B. an eine reibungsfreie Verbindung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung. Die Verringerung von Schnittstellenproblemen muss dabei nicht (und schon gar nicht für alle Versicherten) einhergehen mit einer Zusammenführung beider Versicherungszweige, denn hierdurch werden (bei weiter bestehender unterschiedlicher Budgetierung) wesentliche Schnittstellenprobleme nicht gelöst, aber gleichzeitig die Möglichkeiten zu beiden Zweigen angemessenen Wettbewerbskonzepten beschnitten (vgl. Sundmacher 2007).

Kriterium 2: Die konkrete Bereitstellung eines Grundguts ist sehr unterschiedlich möglich; somit bestehen erhebliche Substitutionsmöglichkeiten bei den Mitteln.

Dieses Kriterium kann zunächst dazu führen, Gesundheitsgrundgüter auf einer relativ hohen, abstrakten Ebene zu bestimmen und so bei der konkreten Bereitstellung Substitutionsmöglichkeiten (z. B. verschiedene Operationsverfahren, unterschiedliche Organisationsformen der Leistungserbringung) zuzulassen. Diese Freiheiten bei der konkreten Grundgüterversorgung können erstens zu einer präferenzadäquateren Versorgung beitragen und zweitens ermöglichen sie Wettbewerb um die beste Bereitstellung.

Kriterium 3: Eine geringere Varianz in der Wertschätzung sowie eine hohe Präferenz sind notwendige Bedingungen für ein Grundgut.

Der Wissensstand über die Wertschätzung einzelner Gesundheitsgüter ist nicht sehr gut, wie z. B. Böcken (2006) an einigen Beispielen illustriert. Voraussetzung zur Anwendung dieses Kriteriums 3 zur Identifizierung von Gesundheitsgrundgütern ist es daher, die Patienten- und Versichertenbefragung auszubauen.

Einen ersten Hinweis auf möglicherweise sehr unterschiedliche Bewertung von Gesundheitsleistungen liefern stark abweichende Niveaus der Aufnahme von einzelnen medizinischen Leistungen in nationalen Gesundheitssystemen.

Dies gilt z. B. für die Versorgung von Zähnen oder für kosmetische Eingriffe nach Unfällen. In diesen Fällen ist die notwendige Bedingung einer geringen Varianz der Wertschätzung u. U. erheblich verletzt, sodass solche Leistungen aus dem Leistungskatalog einer Pflichtversicherung aussortiert werden könnten. Sicher ist dies allerdings nicht - die unterschiedliche Behandlung solcher Gesundheitsleistungen in den Leistungskatalogen verschiedener gesetzlicher Gesundheitssysteme muss nicht unbedingt unterschiedliche Präferenzen der Bürger repräsentieren. Vielmehr können sie auch das Ergebnis einer fehlenden Berücksichtigung von Bürgerpräferenzen sein. Die Ausgestaltung des Leistungskatalogs spiegelt dann vor allem die Interessen der Akteure im Gesundheitssystem (Politiker, Beamte, Selbstverwaltungen, Ärzte,...) wider. Diese können von Land zu Land unterschiedlich sein, oder aber die beobachtbaren Differenzen sind bei sehr ähnlichen Interessen das Ergebnis einer abweichenden Machtbalance. Beide Fälle dürften zur Erklärung von Differenzen bei der nationalen Ausgestaltung von Leistungskatalogen in starkem Maße relevant sein.

Kriterium 4: Besondere Bedeutung haben immaterielle Gesundheitsgrundgüter und hier insbesondere die Beteiligungsmöglichkeit am gesellschaftlichen (öffentlichen) Leben sowie die Implementierung gesellschaftlicher Institutionen, die Selbstachtung herausbilden und stabilisieren können.

Dieses Kriterium lenkt den Blick auf den Charakter der Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Krankheit und Gesundheit sind in vielfältiger Weise mit relativ schwer fassbaren sozialen Gegebenheiten verbunden. So kann die soziale Situation wesentliche Ursache der Krankheitsgenese sein, wie z. B. die enge Verbindung zwischen Armut und Gesundheitszustand zeigt und z. B. Albers, Meidenbaum (2005) untersucht wird. Dies legt es nahe, die Bereitstellung von Gesundheitsgrundgütern auch entsprechend weiter aufzufassen. Nicht nur medizinische Behandlungen können diese Grundgüter bereitstellen - Armutsbekämpfung insbesondere mit der Eröffnung von Perspektiven für ein geglücktes Leben ist auch eine

(vermutlich häufiger effizientere) Form der Gesundheitsgrundgüterversorgung. Doch auch die medizinische Behandlung ist häufig ein sozialer Akt und Akteure im Gesundheitssystem sind soziale Dienstleister - oder sollten es aus Gründen einer effizienten Bereitstellung von Gesundheitsgütern zumindest häufig sein.

3. Gesundheitspolitische Implikationen

Aus der Anwendung des Grundgüterkonzepts von John Rawls lassen sich auf zwei unterschiedlichen Ebenen Schlussfolgerungen gewinnen, die für die gesundheitspolitische Rationierungsdiskussion bedeutsam sind. Die erste Ebene ist die relativ konkreter Vorschläge für die Ausgestaltung von Leistungskatalogen einer Gesundheitspflichtversicherung. Da hier Fragen offen bleiben werden, das Grundgüterkonzept also sicher nicht alle Rationierungsentscheidungen für alle befriedigend treffen wird, spielt noch eine zweite Ebene eine Rolle. Dies ist jene der (weiteren) Ausgestaltung von Prozessen, die zu einer Rationalisierung der Rationierung führen sollen. Zusätzlich zu Beiträgen auf der Ebene der Ausgestaltungsvorschläge kann also das Grundgüterkonzept auch Hinweise liefern für die Ausgestaltung eines rationalen Rationierungsprozesses.

Zunächst zur ersten Ebene der konkreten gesundheitspolitischen Ausgestaltungsvorschläge. Erkennbar ist erstens, dass das Grundgüterkonzept von Rawls in besonderem Maße Schutz gewährt für Personen, für die eine Gefahr besteht, den Status einer moralischen Person dauerhaft zu verlieren (erkrankte Menschen, die z. B. aufgrund von Schmerzen ihren Gerechtigkeitssinn zur Zeit verloren haben) oder die ihn gar nicht erst entwickeln können (Kinder, die unter widrigen Bedingungen aufwachsen müssen). Der besondere Schutz von Kindern und Jugendlichen (z. B. in Aufklärungs-, Bildungs- und Präventionsprogrammen) sowie die Erbringung von Leistungen, die Menschen wieder zu moralischen Personen machen (z. B. wirkungsvolle Schmerztherapie, Rehabilitationsmaßnahmen oder

sozialpsychologische Betreuungsangebote) haben vor diesem Hintergrund im Grundgüterkonzept eine große Bedeutung. Andersherum lässt sich in einer Pflichtversicherung die Behandlungen von Krankheiten, mit denen (erwachsene) Menschen gut leben können und die nicht an ihrem Status als moralische Person rütteln, nicht sehr gut mit dem Grundgüterkonzept begründen.

Eine zweite konkrete Handlungsempfehlung aus dem Grundgüterkonzept betrifft die Detaillierung der Vorgaben im Leistungskatalog. Eine geringere Detaillierung und damit die Bestimmung von Rationierung auf einer „hohen Ebene“ entspricht dem Charakter von Grundgütern, bei denen es sich eher um Ziele handelt, die eben mit unterschiedlichen Mitteln erreicht werden können. Eine solche abstrakte Definition eines Leistungskatalogs beinhaltet sicher die generelle Zugänglichkeit zu Gesundheitsleistungen (also z. B. das uneingeschränkte Recht zu einer angemessenen Anamnese). Bei der konkreten Leistungserbringung könnte jedoch an die Implementierung eines Wettbewerbssystems gedacht werden, das ein vorgegebenes Ergebnis (z. B. eine durchschnittliche Gesundheitsverbesserung) statisch und (durch Hervorbringung von Innovationen) dynamisch effizient erreicht. Dies entspräche sehr viel eher dem Charakter von Grundgütern als das bisherige Vorgehen, das den Leistungskatalog durch staatliche bzw. staatlich induzierte Vorgaben bis hin zu einzelnen Verfahren bestimmt.

Notwendig ist möglicherweise ein erweiterter Blick auf die Gesundheitspolitik - dies ist die dritte Handlungsempfehlung, die aus dem Grundgüterkonzept folgt. Aufgrund des Zielcharakters von Grundgütern und der Substituierbarkeit von Mitteln zur Zielerreichung rücken die Beziehungen zwischen Gesundheitspolitik und anderen Politikfeldern stärker in den Fokus. So wirkt Gesundheit in Form von Gesundheitsgrundgütern häufig nur zusammen mit anderen Grundgütern i. S. der Herausbildung einer moralischen Person (und damit: gesellschaftlicher Stabilität). Ein gutes Gesundheitssystem alleine ist vermutlich weitgehend wirkungslos, da gesundheitliche

Beeinträchtigungen z. B. durch einen perspektivlosen Lebenswandel nicht angemessen repariert werden können. Weiterhin werden Gesundheitsgrundgüter nicht nur durch Gesundheitspolitik und den Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog produziert, sondern z. B. durch Armutsbekämpfung, aber auch durch die Ermöglichung von Selbstachtung und Beteiligungsmöglichkeiten am öffentlichen Leben. Schließlich können zur Produktion von Gesundheitsgrundgütern über solche andere Wege auch wiederum Gesundheitsleistungen (z. B. der aufmerksam zuhörende Arzt) wichtig sein. Diese Interdependenzen sind zwar Vielen prinzipiell bekannt - Schlussfolgerungen im Sinne einer abgestimmten Grundgüterproduktion werden allerdings selten gezogen.

Auch mit diesen drei gesundheitspolitischen Ausgestaltungsvorschlägen bleibt das Rawlssche Grundgüterkonzept noch relativ offen. Vor allem vom späten Rawls lässt sich allerdings auch lernen, dass es generell keine expertokratische Festlegung eines „immerwährenden“ Grundgüterkatalogs geben kann. Stattdessen wird die Bedeutung von öffentlichen (Diskussions- und Aushandlungs-)Prozessen stark betont. Dies ist die zweite Ebene, auf der das Grundgüterkonzept gesundheitspolitischen Anwendungsbezug haben kann.

Die Herausstellung der Bedeutung von politischen Prozessen bei Rawls bedeutet aber nicht, dass ein solcher Aushandlungsprozess eine reine Bekundung von Präferenzen durch Wahlen sein sollte, sodass die bisher angestellten Überlegungen überflüssig wären.² Solche so entstandenen Listen mit aufzunehmenden Gesundheitsleistungen können aus verschiedenen Gründen problematisch sein und gegen die moralische Intention der Betroffenen verstoßen. So kommt es z. B. zur Selbstselektion - derzeitig Kranke, besser Informierte und auch solche mit geringen Opportunitätskosten

² Ein Beispiel, in dem Rationierungsentscheidungen mittels direktdemokratischer Elemente getroffen wurden, ist das „Oregon-Experiment“ (*Oberlander et al.* (2001)), bei dem jedoch das Ergebnis nicht nur durch Abstimmung der Bevölkerung erreicht wurde.

werden eher abstimmen, sodass etwa die Präferenzen des gut ausgebildeten, kränkenden Rentners übergewichtet und z. B. Präventionsleistungen für Kinder in der so entstandenen Prioritätsliste unterbewertet sein dürften.

Damit ein solcher öffentlicher Prozess richtig funktioniert (also durch politische und gesellschaftliche Entscheidungsfindung faire Lösungen hervorbringt), sind allgemeine Voraussetzungen (wie substantielle Freiheiten) notwendig - und auch eine angemessene Ausstattung an Grundgütern. Hier beißt sich die Katze selbst in den Schwanz oder produktiver formuliert: Da der faire Aushandlungsprozess auf Bedingungen beruht, die er selbst hervorbringen muss, muss der Aushandlungsprozess selbst mehrschrittig sein (oder sogar kontinuierlich wiederholt werden). Somit führt diese Feststellung dazu, in einem (ersten) Schritt nach einer Grundgüterausstattung zu suchen, die dann die Bedingung für einen fairen Aushandlungsprozess sein kann, der dann u. U. die Ausstattung korrigiert.

Das Grundgüterkonzept von Rawls mit dem hier diskutierten Operationalisierungsversuch über vier Prüfkriterien kann dazu beitragen, die Diskussion über die Ausgestaltung des Leistungskatalogs zu strukturieren und auf einige Bereiche hinzuweisen, die zu beachten besonders lohnenswert ist. Ein Patentrezept für die Ausgestaltung des Leistungskatalogs kann es hingegen nicht sein.

Literaturverzeichnis

- Albers, B. S., Meidenbauer, T.* (2005), Einkommen und Gesundheit - Ein Überblick über mikro- und makroökonomische Aspekte, Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere der Universität Bayreuth, 08-05, Universität Bayreuth, Bayreuth.
- Böcken, J.* (2006), Hausarztmodelle in Deutschland: Teilnehmerstruktur, Beitrittsgründe und die Koordination zum Facharzt, in: Böcken, J. u. a. (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2006, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, S. 247-272.

- Frame, D.* (1996), Maslow's hierarchy of needs revisited, *Interchange*, 27: 1, S. 13-22.
- Hinsch, W.* (1992), Einleitung, in: J. Rawls, *Die Idee des politischen Liberalismus. Aufsätze 1978-1989*, hrsg. von W. Hinsch, Frankfurt/Main, S. 9-44.
- Maslow, A. H.* (1943), A Theory of Human Motivation, *Psychological Review*, 50, S. 370-396.
- Oberlander, J., Marmor, T., Jacobs, L.* (2001), Rationing medical care: rhetoric and reality in the Oregon Health Plan, *Canadian Medical Association Journal*, 164, S. 1583-1587.
- Rawls, J.* (1980), Kantian Constructivism in Moral Theory, *The Journal of Philosophy*, 77, S. 515-572.
- Rawls, J.* (1982), Social Unity and Primary Goods, in: Sen, A., Williams, B. (Hrsg.), *Utilitarianism and beyond*, Cambridge, S. 159-186.
- Rawls, J.* (1993), *Political Liberalism*, New York.
- Sundmacher, T.* (2007), Chancen und Probleme des Wettbewerbs im Pflegesektor, Probleme mit Konsumentensouveränität und Prinzipal-Agenten-Beziehungen als Hindernis?, erscheint in: Aufderheide, D., Dabrowski, M. (Hrsg.), *Markt und Wettbewerb in der Sozialwirtschaft, Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven für den Pflegesektor*, Berlin.

**Koreferat zum Beitrag von Torsten Sundmacher
„Wieviel Gesundheitsleistungen in der Gesetzlichen
Krankenversicherung sollen es denn sein? Möglichkeiten
einer rationalen Rationierung von Gesundheitsleistungen
durch das Rawlssche Grundgüterkonzept“**

Nadine Wiese

	Seite
1. <i>Einleitung und Problemstellung</i>	114
2. <i>Grundlagen der Analyse</i>	114

1. Einleitung und Problemstellung

Die öffentliche Diskussion zur Gesundheitsreform beschäftigt sich hauptsächlich mit der Finanzierung und der Effizienz bei der Leistungserbringung von Gesundheitsgütern. Der sinnvolle Umfang der Leistungskataloge von Gesundheitspflichtversicherungen steht demgegenüber eher im Hintergrund. Da eine Maximalversorgung aller Versicherten mit den zur Verfügung stehenden Mitteln jedoch nicht erreichbar ist, muss diskutiert werden, welche Leistungen von einer Pflichtversicherung nicht erbracht werden sollen.

Sundmachers Aufsatz sucht in diesem Zusammenhang nach einem sinnvollen Kriterium für die Sozialverträglichkeit von Rationierungsmaßnahmen im Gesundheitssystem. Dafür greift er auf das von John Rawls entwickelte Konzept der Grundgüter zurück, wendet dieses auf Gesundheitsgüter an und legt mögliche Konsequenzen für die Gesundheitspolitik dar. Eine explizite, abschließende Antwort auf die von ihm im Titel aufgeworfene Frage nach der angemessenen Zahl der Gesundheitsdienstleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung gibt er bewusst nicht, der Aufsatz soll aus seiner Sicht lediglich zur Strukturierung der Diskussion bezüglich des angemessenen Umfangs des Leistungskatalogs beitragen.

2. Grundlagen der Analyse

Der Autor beruft sich auf John Rawls, geht allerdings nur am Rande auf dessen "Theorie der Gerechtigkeit" ein, sodass der eigentliche Kontext für dessen Grundgüterkonzept innerhalb des vorliegenden Aufsatzes nicht erläutert wird. Obwohl die Darstellung des Konzepts der Grundgüter knapp ein Drittel des Textes umfasst, wird nicht deutlich, welche Güter letztendlich zu den Grundgütern zählen oder gezählt werden sollten. Dies kann einerseits auf der Tatsache beruhen, dass Rawls selber das Konzept nur unzureichend mit

Inhalt füllt, andererseits dürfte es schwierig sein, ein philosophisches Konzept und seine Entwicklung auf wenigen Seiten ausführlich darzulegen.

Nach Sundmacher begreift Rawls das Vorhandensein von Grundgütern als Voraussetzung dafür, dass Individuen moralische Personen sein können. Sundmacher räumt ein, dass diese Definition Schwächen aufweist, da sie keine präzise Abgrenzung von Grundgütern erlaube. Er weist darauf hin, dass die Verfügbarkeit von Grundgütern ein Ziel darstellt, kein Mittel zu dessen Erreichung. Als praktikables Kriterium zur Unterscheidung von Grundgütern von anderen Gesundheitsleistungen schlägt Sundmacher einen Vergleich der Wertschätzung für verschiedene Gesundheitsgüter vor, wobei eine hohe Wertschätzung für ein bestimmtes Gut bei gleichzeitig geringer Varianz dieser Wertschätzung als Indiz für das Vorliegen eines Grundgutes aufgefasst werden soll.

Aus diesen allgemeinen Überlegungen heraus entwickelt Sundmacher vier Kriterien anhand derer festgestellt werden kann, ob es sich bei einem Gut um ein Gesundheitsgrundgut handelt. Gesundheitsgrundgüter sind notwendig für ein geglücktes Leben, ihre konkrete Bereitstellung ist auf unterschiedliche Art und Weise möglich. Es liegt eine geringe Varianz ihrer Wertschätzung sowie eine hohe Präferenz für das Gut vor, sie sind häufig immateriell. Diese Kriterien sind immer noch äußerst abstrakt formuliert und laufen teilweise dem in der Überschrift des Aufsatzes postulierten Erkenntnisziel, der Feststellung eines angemessenen Umfangs des Leistungskataloges einer Gesundheitspflichtversicherung zuwider. Die Konkretisierung des Rawlschen Konzeptes wird nicht erreicht.

Dies erkennt Sundmacher selbst an, er weist darauf hin, dass das Grundgüterkonzept auf der Ebene der konkreten Ausgestaltung des Leistungskatalogs einer Gesundheitspflichtversicherung noch Fragen offen lässt. Allerdings könne es "Hinweise liefern für die Ausgestaltung eines rationalen Rationierungsprozesses". Allgemein sollten besonders jene Gesundheitsdienstleistungen, die zur Erlangung bzw. Wiederherstellung einer

moralischen Persönlichkeit beitragen, finanziert werden. Dahingegen liegen Gesundheitsdienstleistungen, die für die Erreichung dieses Zieles keine Rolle spielen, außerhalb des erstrebenswerten Leistungskatalogs einer Gesundheitspflichtversicherung. Zudem lege das Konzept nahe, dass zwar die zu erreichenden Ziele konkretisiert, jedoch die Mittel zur Zielerreichung dem Markt überlassen werden sollten. Dies hält der Autor auch aus industrieökonomischer Sicht für sinnvoll, da nur so Wettbewerb unter den Gesundheitsdienstleistern, und damit sowohl statische als auch dynamische Effizienz im Sinne von Innovationsanreizen, erzeugt werden könnten. Die Berücksichtigung immaterieller Gesundheitsgrundgüter erweitere den Blick auf die Gesundheitspolitik und helfe, Interdependenzen zu anderen Politikfeldern zu erkennen und so den Schritt hin zu einer abgestimmten Grundgüterpolitik zu ermöglichen.

Sundmachers Fokus auf unzureichend konkrete oder sogar immaterielle Ziele verringert die Anwendbarkeit des Grundgüterkonzeptes als Instrument für die Wahl zwischen zwei alternativen Behandlungsmethoden für ein Krankheitsbild. Womit sich die Frage stellt, auf welcher Basis eine Behandlungsmethode aus dem Leistungskatalog der Pflichtversicherung ausgeschlossen werden kann und wie sich ohne ein anwendbares Ausschlusskriterium die Zahl der zu finanzierenden Leistungen überhaupt ermitteln lässt.

Generell ist festzuhalten, dass der Aufsatz auf der normativen Ebene bleibt, und selbst auf dieser kaum anwendbare Aussagen trifft. Positive Schlüsse aus der vorgestellten Theorie werden vorsorglich nicht gezogen, sondern der weiteren politischen Diskussion überlassen.¹

¹ Dies könnte unter anderem der Tatsache geschuldet sein, dass eine folgerichtige Anwendung des Konzeptes der Grundgüter dazu führen könnte Individuen, bei denen die Erlangung einer moralischen Persönlichkeit nicht mehr zu erwarten ist, von Gesundheitsdienstleistungen auszuschließen. Ein Problem, welches Sundmacher in einer früheren Fassung des Aufsatzes diskutiert.

Der vorliegende Beitrag wendet ein interessantes Konzept aus der politischen Philosophie auf ein aktuelles gesundheitsökonomisches Thema an. Allerdings erreicht der Autor das selbstgesteckte Ziel einer Strukturierung der Diskussion nur bedingt. Zwar könnte das Grundgüterkonzept unter bestimmten Umständen eine rationale Entscheidung für oder gegen die Aufnahme einer Gesundheitsdienstleistung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse erlauben. Aber die mangelnde Spezifität von Grundgütern verbreitert die Zahl der Dienstleistungen, welche das vermutlich angestrebte Ziel eines angemessenen Gesundheitszustandes bzw. einer hinreichenden Verbesserung desselben erreichen, aufs nahezu Unendliche. Das Entscheidungsproblem vergrößert sich damit sogar.

Einen Erkenntnisfortschritt in der aktuellen gesundheitsökonomischen Diskussion ist daher kaum zu erkennen, da die vorgeschlagenen Konzeptualisierungen äußerst vage sind und ihre Anwendung auf konkrete Rationalisierungsentscheidungen, wie vom Autor selbst eingeräumt, eher problematisch ist. Sundmacher selbst problematisiert nur am Rande die Bedeutung von politischen Prozessen. Die Tatsache, dass diese nur dann befriedigend ablaufen, wenn die an ihnen Beteiligten bereits über eine angemessene Ausstattung an Grundgütern, insbesondere auch an Gesundheitsdienstleistungen, verfügen, fällt demgegenüber meiner Meinung nach kaum ins Gewicht. Die geschilderte Problematik ist ein Resultat der Anwendung eines idealisierten Konzeptes politischer Entscheidungsfindung auf die gesellschaftliche Realität und in dieser Art für jede Form der politischen Entscheidung zu erwarten. Ein herrschaftsfreier Diskurs kann in der heutigen Gesellschaft nicht stattfinden, und es ist unrealistisch, einen solchen gerade für die Frage der Ausgestaltung von Leistungskatalogen für Pflichtgesundheitsversicherungen zu erhoffen.

Innerhalb der politischen Diskussion hat das vorgetragene Konzept insofern seine Berechtigung, als einige relevante Aspekte, wie zum Beispiel die Rolle des Gesundheitssystems bei der politischen Willensbildung und die

individuelle Wertschätzung spezifischer Gesundheitsdienstleistungen, ins Blickfeld gerückt werden. Allerdings steht zu befürchten, dass es sich beim erörterten Grundgüterkonzept aufgrund der Möglichkeit, beinahe alle Güter als Grundgüter zu interpretieren, um ein fast beliebig anwendbares Totschlagargument handelt und nicht um ein sinnvolles Rationierungskriterium.

Autorenverzeichnis

Bülent L. Akmaz

Dipl.-Vw. Bülent L. Akmaz ist Mitarbeiter und Doktorand am Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Wirtschaftspolitik von Prof. Dr. Dirk Meyer, Helmut-Schmidt-Universität Hamburg, Holstenhofweg 85, 22043 Hamburg, Tel.: +49 40/65412969, Fax: +49 40/65412003, Homepage: <http://www.hsu-hh.de/meyer>, Mail: akmaz@hsu-hh.de.

Stefanie Franz

Dr. Stefanie Franz ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Genossenschaftswesen im Centrum für Angewandte Wirtschaftsforschung der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Am Stadtgraben 9, 48143 Münster, Tel.: +49 251/8322955, Fax: +49 251/8322804, Homepage: <http://www.ifg-muenster.de>, Mail: stefanie.franz@ifg-muenster.de.

Sebastian Jaenichen

Dipl.-Vw. Sebastian Jaenichen ist Mitarbeiter der Bauhaus-Universität Weimar, Lehrstuhl für Medienmanagement, Helmholtzstr. 15, 99425 Weimar, Tel: +49 03643/583789, Mail: sebastian.jaenichen@medien.uni-weimar.de.

Ingmar Kumpmann

Dr. rer. pol. Ingmar Kumpmann ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Wirtschaftsforschung Halle (IWH), Abteilung Makroökonomik, Kleine Märkerstraße 8, 06108 Halle (Saale), Tel. +49 345/7753-705, Homepage: <http://www.iwh-halle.de/asp/person.asp?ikn&Lang=d>, Mail: ingmar.kumpmann@iwh-halle.de.

Björn A. Kuchinke

Dr. rer. pol. Björn A. Kuchinke ist wissenschaftlicher Assistent am Institut für Volkswirtschaftslehre, Fachgebiet Wirtschaftspolitik der Technischen Universität Ilmenau, Ernst-Abbe-Zentrum, Ehrenbergstraße 29, 98693 Ilmenau, Tel.: +49 3677/694032, Fax: +49 3677/694203, Homepage: www.tu-ilmenau.de/wpo, Mail: bjoern.kuchinke@tu-ilmenau.de.

Dirk Sauerland

Prof. Dr. Dirk Sauerland ist Inhaber des Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre/Gesundheits- und Institutionenökonomik an der WHL Wissenschaftliche Hochschule Lahr, Hohbergweg 15-17, 77933 Lahr, Tel.: +49 7821/923869, Fax: +49 7821/923863, Homepage: <http://www.whl-lahr.de/vwl>, Mail: dirk.sauerland@whl-lahr.de.

Udo Schneider

Dr. rer. pol. Udo Schneider ist wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre III, insb. Finanzwissenschaft der Universität Bayreuth, Universitätsstr. 30, 95447 Bayreuth, Tel.: +49 921/552929, Fax: +49 921/555821, Homepage: www.fwi.uni-bayreuth.de, Mail: udo.schneider@uni-bayreuth.de.

Torsten Steinrücken

Dr. rer. pol. Torsten Steinrücken ist Referent für Forschungsförderung in der Abteilung für Technologie, Verbundforschung, Wirtschaftsordnung und Energie im Thüringer Ministerium für Wirtschaft, Technologie und Arbeit, Max-Reger-Straße 4-8, 99096 Erfurt, Telefon: 0361-3797522, Telefax: 0361-37978520, Homepage: www.thueringen.de/de/tmwta/, Mail: torsten.steinruecken@tmwta.thueringen.de.

Torsten Sundmacher

Dr. rer. pol. Torsten Sundmacher ist Partner des Beratungsunternehmens SUSTAIN CONSULT, Kaiserstr. 24, 44135 Dortmund, Tel.: +49 231/98128510, Fax: +49 231/98128529, Homepage: www.sustain-consult.de, Mail: sundmacher@sustain-consult.de und Lehrbeauftragter der Universität Universität Duisburg-Essen, Mercator School of Management, Lotharstr. 65, 47058 Duisburg, Tel.: + 49 171/7452787.

Nadine Wiese

Dipl.-Vw. Nadine Wiese ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Wirtschaftstheorie an der Technischen Universität Ilmenau, Ernst-Abbe-Zentrum, Ehrenbergstraße 29, 98693 Ilmenau, Tel.: +49 3677/694039, Fax: +49 3677/694203, Homepage: www.tu-ilmenau.de/wth, Mail: nadine.wiese@tu-ilmenau.de.

Ansgar Wübker

Dipl.-Vw. Ansgar Wübker ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre/Gesundheits- und Institutionenökonomik der WHL Wissenschaftliche Hochschule Lahr, Hohbergweg 15-17, 77933 Lahr, Tel.: +49 7821/923853, Fax: +49 7821/923863, Homepage: <http://www.whl-lahr.de/vwl>, Mail: ansgar.wuebker@whl-lahr.de.

Jürgen Zerth

Dr. rer. pol. Jürgen Zerth ist wissenschaftlicher Assistent an der Universität Bayreuth sowie Geschäftsführer der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät der Universität Bayreuth, Universitätsstraße 30, 95447 Bayreuth, Tel.: +49 921/552879, Fax: +49 921/552886, Homepage: www.uni-bayreuth.de, Mail: juergen.zerth@uni-bayreuth.de.